Institut de la statistique du Québec

ÉTUDE LONGITUDINALE DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DU QUÉBEC (ÉLDEQ 1998-2002)

LES NOURRISSONS DE 5 MOIS

COLLECTION
la santé et le bien-être

Santé et adaptation sociale des parents

Volume 1, numéro 9

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les
données statistiques qui y sont disponibles
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, Chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel)

Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par
l'Institut de la statistique du Québec.

Les Publications du Québec
en assurent la distribution.

Les Publications du Québec
1500-D, boul. Charest Ouest
Ste -Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 2000
ISBN 2-551-19327-3
ISBN 2-551-19908-5

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec.

Mai 2000

Avant-propos

Comme la majorité des pays industrialisés, le Québec et le Canada constatent depuis plus de vingt ans l'augmentation importante des coûts liés à la mésadaptation des individus, et des jeunes en particulier, à leur environnement. Par le biais de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002), la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec(ISQ), en association avec un groupe de chercheurs universitaires, offrent aux instances gouvernementales de même qu'aux professionnels et aux intervenants – confrontés quotidiennement aux méfaits de l'inadaptation du jeune enfant – un outil indispensable tant pour l'action que pour la prévention.

Plus spécifiquement, ce projet d'étude longitudinale d'une cohorte de naissances origine d'une collaboration entre des chercheurs universitaires et Santé Québec[1] pour donner au Québec les moyens de prévenir des problèmes extrêmement coûteux financièrement, socialement et humainement, soit l'abandon scolaire, la délinquance, le suicide, la toxicomanie, la violence familiale, etc. Au Québec, comme dans d'autres pays (Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande, États-Unis), nous avons préconisé le recours à l'étude longitudinale de l'enfant de 0 à 5 ans (2 223 enfants pour la présente étude et 600 paires de jumeaux d'une seconde étude associée) pour mieux cerner les facteurs influençant son développernent et son adaptation psychosociale au milieu.

L'ÉLDEQ 1998-2002 a comme objectif général de connaître les PRÉCURSEURS de l'adaptation en milieu scolaire, d'identifier les CHEMINEMENTS de cette adaptation et d'évaluer ses CONSÉQUENCES à moyen et à long termes. L'ÉLDEQ 1998-2002 s'inscrit tout à fait dans la suite logique de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Ces enquêtes longitudinales québécoise et canadienne sont à la fois comparables et complémentaires puisqu'elles ont favorisé des méthodologies d'enquête distinctes, des échantillons de départ constitués différemment, et des instruments pratiquement identiques dans certains cas et différents pour environ le tiers de l'enquête ÉLDEQ. Ce premier rapport permet de mettre en lumière l'énorme potentiel des données que renferme cette étude. Au fil des ans, soit en passant des analyses descriptives – des résultats de la première année de l'enquête – aux analyses longitudinales des années subséquentes, la richesse des données s'en trouvera décuplée. En permettant la mise à jour des connaissances sur le développement des tout-petits, le suivi longitudinal annuel viendra répondre à des besoins que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, bailleur de fonds des collectes de données de l'étude) avait énoncés tant dans le Rapport du Groupe de travail pour les jeunes (Rapport Bouchard, 1991, *Un Québec fou de ses enfants*) que dans la *Politique de la santé et du bien-être* (1992) et dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Le directeur général,

Yvon Fortin

1. Santé Québec est officiellement devenu une direction de l'ISQ, le 1er avril 1999.

Les auteurs du numéro 9 du volume 1 de l'ÉLDEQ 1998-2002 sont :

Section I : Habitudes de vie et état de santé

Christa Japel, Richard E. Tremblay et Pierre McDuff
Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP), Université de Montréal

Section II : Adaptation sociale

Mark Zoccolillo, *Hôpital général pour enfants, Département de psychiatrie, Université McGill et Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP), Université de Montréal*

Avec l'assistance technique de :

Martin Boivin, au traitement des données, *Direction Santé Québec, ISQ*
France Lozeau, à la mise en page, *Direction Santé Québec, ISQ*
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique, *Direction des normes et de l'information, ISQ*

Les lecteurs/lectrices externes sont :

Jean-François Saucier, *Département de psychiatrie, Hôpital Ste-Justine*
Lise Serbin, *Centre for Research in Human Development, Université Concordia*

Le volume 1 de l'ÉLDEQ 1998-2002 est réalisé par :

la Direction Santé Québec de l'ISQ

L'ÉLDEQ 1998-2002 est subventionnée par :

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)
le Conseil de la recherche en sciences humaines (CRSH)
le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)
le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR)
le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

L'ÉLDEQ 1998-2002 est sous la direction de :

Mireille Jetté, coordonnateure
Hélène Desrosiers, agente de recherche
Richard E. Tremblay, directeur de l'ÉLDEQ 1998-2002
Josette Thibault, agente de recherche

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 1620
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749 ou
Téléphone : 1 800 463-4090 (aucuns frais d'appel)
Télécopieur : (514) 864-9919
Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Citations suggérées :

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section I - Habitudes de vie et état de santé » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 9.

ZOCCOLILLO, M. (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section II - Adaptation sociale » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 9.

Ce numéro est aussi disponible en version anglaise. This paper is also available in English under the title :

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY and P. McDUFF (2000). "Parents' Health and Social Adjustment, Part I - Lifestyle Habits and Health Status" in *Longitudinal Study of Child Development in Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 1, No. 9.

ZOCCOLILLO, M. (2000). "Parents' Health and Social Adjustment, Part II - Social Adjustment" in *Longitudinal Study of Child Development in Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 1, No. 9.

Avertissements :

À moins d'avis contraire, dans les tableaux, « n » représente les données pondérées ramenées à la taille de l'échantillon initial.

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans ce numéro sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures.

La pondération et l'effet dû au plan de sondage complexe ont été considérés dans le calcul des estimations et de la précision des estimations. La précision des estimations de proportion a été calculée à l'aide d'un effet de plan moyen. Cette approche a aussi été favorisée pour les tests du chi-carré, sauf pour les cas litigieux où le logiciel spécialisé SUDAAN a été employé. Pour toutes les autres analyses, SUDAAN a été utilisé. À noter que les hypothèses de base, telle la normalité des données, ont été vérifiées avant d'appliquer les tests statistiques sélectionnés.

Signes conventionnels

... N'ayant pas lieu de figurer
.. Donnée non disponible
– Néant ou zéro
p < Réfère au seuil de signification

Abréviations

CV	Coefficient de variation
nd	Non disponible
Non sig.	Test non significatif

Remerciements

Selon la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la mise en place et la réalisation de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)* sont entièrement tributaires de la synergie des forces vives présentes tout au long d'un processus d'enquête de cette envergure. Depuis 1995, des individus, des groupes et des organismes d'horizons divers, une maison de sondages et le personnel de Santé Québec sont devenus autant de maillons indispensables à la concrétisation de cet ambitieux projet que représente la première enquête longitudinale annuelle auprès de jeunes enfants québécois rencontrés une première fois à l'âge de 5 mois.

Ce qui caractérise encore davantage ce projet c'est que chaque année un prétest et une enquête sont réalisés. Pour ce faire, on doit annuellement : 1) construire deux séries d'instruments (prétest et enquête); 2) réaliser deux collectes; 3) analyser deux séries de données; et 4) mettre en branle la production de deux types d'informations. Les résultats de chaque prétest doivent permettre la construction finale des instruments de l'enquête que celui-ci précède de 17 mois. Quant à ceux des enquêtes, ils seront transmis aux parents, diffusés dans des rapports, des faits saillants, des publications et des communications scientifiques ou d'intérêt général. Ainsi, dans le cas de la présente étude longitudinale, c'est ANNUELLEMENT que les collaborateurs à la collecte, de même que ceux en aval et en amont de cette cruciale étape, doivent mettre l'épaule à la roue. Notre profonde reconnaissance leur est acquise d'autant plus que l'effort exigé d'eux est colossal et s'étire sur une période de 8 ANS, soit de 1996 (premier prétest) à 2004 (sortie du dernier rapport longitudinal)!

Dans un premier temps, force est de reconnaître que sans Daniel Tremblay (directeur de Santé Québec depuis 1994, devenu la Direction Santé Québec de l'ISQ), Christine Colin (sous-ministre adjointe à la Direction générale de la santé publique, 1993-1998), Aline Émond (directeure de Santé Québec, 1986-1993), Richard E. Tremblay (directeur du projet de recherche ÉLDEQ) et Marc Renaud (président du CQRS, 1991-1997), l'ÉLDEQ 1998-2002, aussi connue sous le nom « En 2002... J'aurai 5 ans! », n'aurait jamais vu le jour. Ils ont tour à tour et conjointement développé, défendu et obtenu le financement de cette étude. Merci pour votre ténacité.

Merci à tous les chercheurs, de même qu'au personnel de leur groupe de recherche respectif, pour leur détermination qui ne s'est jamais démentie à travers les années. Leurs subventions de recherche mises en commun permettent chaque année de développer les instruments, d'analyser les données et de publier d'aussi riches résultats.

Merci également à Lyne Des Groseilliers (statisticienne de l'ÉLDEQ depuis 1996), Robert Courtemanche (statisticien- conseil) et France Lapointe (statisticienne de l'ÉLDEQ, 1995- 1996). Trois collègues de la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales de l'ISQ qui ont su baliser avec justesse le parcours relativement sinueux de cette grande première.

Un merci très particulier à tous les maîtres d'œuvre de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Sans leur expertise, leurs conseils et leur générosité, notre enquête n'aurait pu se mettre en place. À l'instar d'une majorité des enfants de l'étude, l'ÉLDEQ apprend beaucoup de l'ELNEJ par *modeling*.

Notre gratitude va également au personnel du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP). Sans l'expertise informatique mise au service de l'ÉLDEQ, une partie des instruments de l'enquête n'auraient jamais été informatisés avec une aussi grande qualité.

Merci au personnel œuvrant au Service de support aux opérations de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ); sans leur efficience moins de lettres d'introduction de l'enquête auraient trouvé leur chemin.

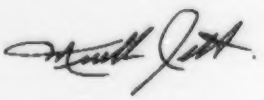
Nos plus sincères remerciements vont également au personnel du Bureau d'interviewers professionnels (BIP). Cette maison de sondages est responsable de la collecte des données des prétests et enquêtes depuis 1996 de même que du suivi des familles à l'intérieur comme à l'extérieur du territoire québécois. Madame Lucie Leclerc, à titre de présidente, a marqué du sceau de la qualité les complexes et multiples collectes de données. Assistée de Madame Véronique Dorison, la dirigeante du BIP a su inculquer aux intervieweures dédiées à l'enquête un très grand respect des

familles répondantes de même qu'une rigueur sans faille à l'égard de toutes les normes régissant cette grande première, faut-il le rappeler.

Un grand merci aux directeurs généraux, de même qu'aux directeurs des services professionnels et au personnel des services des archives des quelque 80 hôpitaux de la province qui ont accepté de collaborer de manière exceptionnelle à notre étude à une époque où les ressources sont rares, l'essoufflement perceptible et où les services archivistiques de plusieurs hôpitaux ont fusionné ou sont en phase de le faire. La même précieuse collaboration s'est établie avec les maisons de naissance qui ont accepté de participer à cette première étude longitudinale québécoise. Enfin, merci à Julie Martineau qui, agissant à titre d'archiviste médicale, permet l'analyse des précieux renseignements médicaux en assurant une codification plus que rigoureuse des données parfois bien dissimulées dans les dossiers médicaux des enfants et de leurs mères.

Quant au personnel de la Direction Santé Québec directement rattaché à l'ÉLDEQ 1998-2002, il constitue la pierre angulaire de ce projet innovateur à pratiquement tous points de vue. Ainsi, doivent être remerciés pour leur apport soutenu à la réalisation de l'enquête : Hélène Desrosiers et Josette Thibault respectivement responsable de l'analyse des données et responsable de la création des instruments de mesure; Martin Boivin, Rolland Gaudet et Gérald Benoît qui n'eurent de limites au volet informatique de l'étude (programmation et traitement de données) que celles que les logiciels ou les progiciels leur imposaient; Suzanne Bernier-Messier et Diane Lord, avec qui la polyvalence trouve tout son sens, doivent organiser, coder et gérer d'innombrables informations qui assurent la poursuite de l'enquête. Non strictement rattachées à la cohorte mais qui y œuvrent de manière extrêmement importante : France Lacoursière, France Lozeau et Thérèse Cloutier qui ont peaufiné « l'image santé québécoise » de l'étude par leur travail d'édition, tant des instruments que des rapports ou des communications lors de congrès; finalement, Lise Ménard-Godin doit être remerciée pour son efficacité à la recherche documentaire et ses précieux conseils concernant de multiples aspects des instruments de collecte. L'ardeur, la disponibilité, la capacité d'adaptation et la compétence des personnes travaillant à la cohorte n'ont d'égal que l'enthousiasme que tous les partenaires démontrent à faire de cette étude une grande réussite.

Enfin, un merci très spécial doit être adressé aux 2 223 familles répondantes de l'enquête. Merci pour la confiance qu'elles ont manifestée à l'égard de la Direction Santé Québec et de ses partenaires. Grâce à la participation de leurs parents, ces enfants sont devenus les véritables acteurs de l'ÉLDEQ, ceux qui rendent possible, à court terme, une meilleure connaissance du processus d'adaptation psychosociale des enfants à leur environnement. À moyen et à long termes, on leur devra peut-être l'instauration de programmes de dépistage précoce, des actions préventives mieux ciblées et des interventions plus efficaces pour la clientèle si précieuse que constituent les enfants.



Mireille Jetté
Coordonnateur de projets
Direction Santé Québec - ISQ

100-06992/

Introduction à l'ÉLDEQ 1998-2002

Prévenir les difficultés d'adaptation sociale

Il suffit de considérer les coûts qu'entraînent les troubles du comportement des enfants, l'abandon scolaire, la délinquance, l'alcoolisme, la toxicomanie, la violence familiale, les maladies mentales et le suicide pour conclure qu'ils dépassent largement ce qu'une société moderne peut accepter sur le plan moral, comme sur le plan économique. Devant l'ampleur de ces problèmes, le premier réflexe est de donner à ces personnes en difficulté des services qui, idéalement, feront disparaître le problème, ou qui, tout au moins, le diminueront sensiblement. On tente depuis longtemps d'offrir de meilleurs services aux élèves en difficulté, aux alcooliques, aux toxicomanes, aux dépressifs et aux abuseurs. Mais, malgré des investissements énormes, ces services curatifs sont loin de répondre à la demande.

Bien que l'idée d'intervenir tôt pour prévenir ces problèmes puisse être retracée au moins aussi loin que la Grèce antique, la deuxième moitié du 20e siècle sera certainement reconnue comme le début de la science de la prévention des difficultés d'adaptation sociale (Coie et autres, 1993; Mrazek et Haggerty, 1994). De nombreux programmes ont été développés pour les préadolescents et les jeunes adolescents afin de prévenir le décrochage scolaire, la délinquance, la toxicomanie et le suicide. Les évaluations scientifiques de ces programmes sont encore trop peu nombreuses, mais elles tendent à démontrer qu'il est extrêmement difficile à cet âge d'aider les plus à risque (Rosenbaum et Hanson, 1998; Rutter, Giller et Hagell, 1998; Tremblay et Craig, 1995).Il est de plus en plus clair que les facteurs qui conduisent aux difficultés sérieuses d'adaptation sont mis en place bien avant le début de l'adolescence. De là l'idée que la prévention des difficultés d'adaptation sociale doit commencer au moins au cours de l'enfance et de préférence dès la grossesse (Olds et autres, 1998; Tremblay, LeMarquand et Vitaro, 1999). Ces principes sont d'ailleurs bien inscrits dans les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* et des *Priorités nationales de santé publique* du gouvernement du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992;1997).

Le besoin de comprendre le développement des jeunes enfants

Si une science de la prévention des difficultés d'adaptation sociale est apparue à la fin du 20e siècle, c'est certainement sur les talons de la science du développement de l'enfant. Il faut relire *Émile* de Jean-Jacques Rousseau, à la lumière des études récentes sur le développement de l'enfant, pour réaliser jusqu'à quel point il est impossible de bien comprendre la complexité du développement d'un enfant, et par conséquent la façon de prévenir les trajectoires déviantes, par la simple réflexion ou la simple introspection. Bien que les connaissances acquises sur le développement neurologique, hormonal, moteur, cognitif, affectif et social des enfants soient considérables, ce qui frappe c'est que Jean-Jacques Rousseau et les éducateurs qui l'ont suivi avaient plus de certitudes quant à la façon d'éduquer un enfant que nous n'en avons aujourd'hui.

Les progrès de la science du développement de l'enfant nous ont fait réaliser que les choses ne sont pas aussi simples que l'on peut ou que l'on voudrait bien l'imaginer. Bien sûr, nous avons tous été enfants, nous devenons presque tous parents, et la majorité des enfants humains deviennent des adultes relativement bien adaptés; mais nous ne comprenons pas encore clairement quand, comment et pourquoi les difficultés d'adaptation apparaissent, et surtout comment les prévenir et les corriger.

On mesure l'ampleur de notre ignorance lorsque l'on constate les débats entre spécialistes au sujet du rôle que jouent les soins des parents dans le développement des difficultés d'adaptation de leurs enfants. Certains suggèrent que les problèmes d'adaptation sociale des jeunes sont largement déterminés par des facteurs génétiques (Bock et Goode, 1996; Rowe, 1994), plusieurs mettent l'accent sur les facteurs économiques (Duncan et Brooks-Gunn, 1997) alors que d'autres attribuent un rôle déterminant aux effets des pairs (Harris, 1998; Harris, 1995; Vitaro et autres, 1997). Ces grandes questions conduisent à des interrogations plus pointues qui ont trait à différents aspects : le rôle des pères dans le développement des difficultés d'adaptation des enfants; l'impact de la consommation d'alcool et de cigarettes pendant la grossesse; l'effet des problèmes prénataux et ceux de l'accouchement; l'importance de l'allaitement et de l'alimentation; le rôle du sommeil, du développement cognitif, du tempérament, etc.

La majorité de ces questions sont au cœur des préoccupations quotidiennes des parents, des grands-parents, des éducateurs, des responsables de services aux familles, et des législateurs. Que faire pour favoriser le développement optimum de nos enfants? Pour prévenir les cas de difficultés sérieuses d'adaptation sociale? Que faire quand les problèmes commencent à apparaître? Quand les femmes enceintes ou les pères ont eux-mêmes une longue histoire de problèmes d'adaptation? Les réponses à ces questions ont évidemment des conséquences sur les politiques mises de l'avant par plusieurs ministères tels que : les ministères de la Famille et de l'Enfance, de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux, de la Solidarité sociale ou encore les ministères de la Sécurité publique, de la Justice et celui de la Recherche, Science et Technologie.

La contribution de l'ÉLDEQ 1998-2002

L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002) fut conçue pour contribuer à notre connaissance du développement des enfants au cours des 5 premières années de leur vie. L'objectif principal est de comprendre les facteurs mis en place pendant ces années de croissance rapide qui conduisent au succès ou à l'échec lors de l'entrée dans le système scolaire. La deuxième phase de l'étude, si elle est confirmée, aura pour objectif de comprendre le développement pendant les années d'école primaire à la lumière du développement durant la petite enfance.

Nous savons qu'il ne peut s'agir de l'étude définitive sur le développement des enfants; mais il semble bien que ce soit la première étude représentative d'une cohorte de naissances nationale qui fasse l'objet de mesures annuelles depuis la naissance jusqu'à l'entrée dans le système scolaire, et qui vise spécifiquement la compréhension de la mise en place des habiletés nécessaires à la réussite scolaire.

Bien que les efforts pour mettre en œuvre cette étude aient débuté en 1989, la première collecte de données en 1998 coïncide avec le début de la politique familiale du gouvernement du Québec qui vise les mêmes objectifs :

> «Ces services destinés aux enfants de 5 ans et moins doivent permettre à tous les enfants du Québec, quel que soit le statut de leurs parents, d'acquérir et de développer des habiletés qui les placeront en situation de réussite scolaire. »(1997, p. 10)

Lors du discours inaugural de la 36e législature le 3 mars 1999, le premier ministre Bouchard confirmait que le développement des jeunes enfants était la priorité du gouvernement du Québec :

> « Le thème qui va dominer notre action, cette année, l'an prochain et pour tout le mandat qui s'ouvre, c'est celui de la jeunesse [...]. La priorité... pour la jeunesse du Québec commence avec la famille et l'enfance. [...]. Cet investissement massif dans la petite enfance... est le meilleur gage de succès de nos enfants à court, moyen et long termes. C'est notre meilleur atout contre le décrochage et la détresse. C'est notre meilleure préparation à la réussite humaine, sociale et économique. »

Grâce à cette coïncidence historique, l'ÉLDEQ a le potentiel de devenir un précieux outil pour monitorer les effets de cet investissement massif dans la petite enfance fait par le Québec depuis 1997. En effet, grâce aux données collectées au cours de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) du gouvernement fédéral, nous pourrons comparer le développement d'enfants nés au Québec et ailleurs au Canada avant et après la mise en place de la nouvelle politique familiale du Québec.

Nos premiers objectifs sont cependant plus modestes. Les 12 ou 13 premiers numéros (monographies) présentent les résultats de la première collecte de données. Les résultats permettent de décrire les caractéristiques des familles et des enfants alors que ces derniers étaient âgés de 5 mois[2]. Nous décrivons les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des familles, les conditions de naissance, la santé et l'adaptation sociale des parents, les relations familiales et conjugales, les relations entre les parents et les nourrissons, ainsi que les caractéristiques du nourrisson à 5 mois : le sommeil, l'alimentation, les habitudes

2. Tout au long du rapport, afin d'alléger le texte, on utilisera la périphrase « nourrissons (ou bébés) de 5 mois » pour référer à des nourrissons qui avaient en moyenne 5 mois lors de la collecte de 1998. À la section 3.1.3 du numéro 1 (volume1), on explique pourquoi les nourrissons n'avaient pas tous exactement le même âge au moment de la collecte. Ainsi que précisé au numéro 2 de la collection *ÉLDEQ 1998-2002 - les nourrissons de 5 mois*, au moment de l'enquête, 52 % des nourrissons avaient moins de 5 mois et 3,4 % avaient 6 mois ou plus.

de vie reliées à la santé buccodentaire, le tempérament, le développement moteur, social et cognitif. Dans un deuxième temps, plusieurs de ces données pourront être comparées à celles recueillies auprès d'enfants du même âge de l'ELNEJ, en 1994 et en 1996.

Une équipe de chercheurs interdisciplinaire et interuniversitaire

Cette étude a vu le jour grâce à la collaboration d'un très grand nombre de personnes. Dans les pages qui précèdent, Mireille Jetté en a remercié plusieurs. Je profite de cette introduction pour souligner que l'étude a vu le jour et se poursuit grâce à la collaboration d'un regroupement interdisciplinaire et interuniversitaire de chercheurs. Je tiens tout particulièrement à remercier Michel Boivin de l'École de psychologie de l'Université Laval et Mark Zoccolillo du département de psychiatrie de l'Université McGill qui participent très activement à ce projet depuis 1992, alors que nous préparions une première demande de subvention au Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada. Une deuxième vague de chercheurs toujours actifs se sont joints à l'équipe en 1993 et 1994 : Ronald G. Barr, pédiatre de l'Université McGill, Lise Dubois, diététiste et sociologue de l'Université Laval, Nicole Marcil-Gratton, démographe de l'Université de Montréal et Daniel Pérusse du département d'anthropologie de la même université. Jacques Montplaisir du département de psychiatrie de l'Université de Montréal s'est joint à l'équipe en 1995 alors que Louise Séguin du département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et Ginette Veilleux de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre s'y sont jointes en 1998. Il importe également de souligner la contribution extrêmement importante de trois chercheurs postdoctoraux : Raymond Baillargeon a développé la tâche d'évaluation du développement cognitif, Christa Japel est adjointe au directeur scientifique pour la planification, l'analyse et la présentation des résultats, alors que Heather Juby collabore à l'analyse des données de l'histoire conjugale et familiale.

Un concours de circonstances unique

Une telle étude requiert la concertation de nombreux chercheurs pendant plusieurs années, d'énormes ressources financières et une longue préparation. Si au début des années 90 les chercheurs étaient convaincus de la nécessité de l'étude, il fallait convaincre les responsables des finances publiques. On doit donc reconnaître l'heureux concours de circonstances qui a fait qu'au début des années 90 des acteurs déterminants emboîtaient le pas. En effet, alors que plusieurs fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux comprenaient le rôle essentiel de la prévention, la création du comité pour les jeunes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991) avait conduit à la prise de conscience de l'importance de la petite enfance. À cette même époque, le président du CQRS, Marc Renaud, faisait cette même prise de conscience avec ses collègues du programme de santé des populations à l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA), et la directrice de Santé Québec, Aline Émond, était prête à mettre sa formidable détermination au profit de la cause. Pour leur part, le ministre Jean Rochon et sa sous-ministre adjointe à la santé publique, Christine Colin, conscients de l'importance des études longitudinales sur le développement à la petite enfance, autorisaient l'investissement de grosses sommes d'argent en pleine période de réduction draconienne des budgets, alors que le gouvernement fédéral décidait de créer sa propre étude longitudinale du développement des enfants (ELNEJ). C'est dans ce contexte que l'ÉLDEQ 1998-2002 s'est matérialisée; cette étude a aussi vu le jour parce que Mireille Jetté a tout fait pour concrétiser les rêves des chercheurs, et que Daniel Tremblay lui a donné tout le soutien que permettaient les ressources disponibles.

Richard E. Tremblay, Ph. D., M.S.R.C.
Titulaire de la chaire sur le développement de l'enfant
Université de Montréal

Table des matières

SECTION I • HABITUDES DE VIE ET ÉTAT DE SANTÉ

1. Introduction 21

2. Les habitudes de vie des parents 23

2.1 Habitudes tabagiques 23
2.2 Consommation d'alcool 23
2.3 Les habitudes de vie et les caractéristiques des parents 25

3. Le bien-être physique des parents 27

4. Le bien-être psychologique des parents 29

5. Conclusion 33

SECTION II • ADAPTATION SOCIALE

1. Introduction 37

2. Aspects méthodologiques 39

3. Résultats 41

3.1 Les comportements antisociaux chez les mères 41
3.2 Les comportements antisociaux chez les pères 43
3.3 Comportements antisociaux des parents et certains facteurs de risque pour le développement de l'enfant 44
3.3.1 Les symptômes maternels et paternels du trouble des conduites et certains facteurs de risque pour le développement de l'enfant 44
3.4 Le choix du conjoint 48

4. Conclusion 49

Bibliographie 51

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Section I

2.1 Usage quotidien du tabac et consommation d'alcool chez les mères et les pères, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998 25

4.1 Santé perçue et symptômes dépressifs chez les mères et les pères, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998 30

Section II

3.1 Symptômes du trouble des conduites et des comportements antisocial chez les mères, 1998 ... 41

3.2 Association entre le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les mères, 1998 42

3.3 Symptômes du trouble des conduites et des comportements antisocial chez les pères de famille biparentale, 1998 43

3.4 Association entre le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les pères de famille biparentale, 1998 44

3.5 Prévalence de certains facteurs de risque (%) chez les mères selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998 45

3.6 Pourcentage des mères ayant répondu « Pas du tout ce que j'ai fait » aux items de l'échelle de coercition (ÉCOPAN) selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998 46

3.7 Prévalence de certains facteurs de risque (%) chez les pères de famille biparentale selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998 47

Figures

Section I

2.1 Fréquence de l'usage du tabac au moment de l'enquête chez les mères et les pères, 1998 23

2.2 Consommation d'alcool chez les mères et les pères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998 .. 24

2.3 Fréquence de la consommation d'alcool (%) chez les mères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998 24

2.4 Fréquence de la consommation d'alcool (%) chez les pères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998 24

3.1 Répartition des mères et des pères selon l'état de santé perçu, 1998 27

4.1 Répartition des mères et des pères selon le degré de dépression, 1998 29

Rappel méthodologique

Le présent rapport publié sous la forme d'une collection de numéros porte sur des données transversales recueillies auprès d'un large échantillon de nourrissons âgés d'environ 5 mois en 1998. Il rend compte de la première d'une série de 5 mesures annuelles auprès de 2 120 enfants du Québec qui seront suivis jusqu'à l'âge de 5 ans. On rappelle que pour la première année de collecte, des résultats concernant 2 223 enfants ont été conservés[3].

La population visée par l'enquête est l'ensemble des bébés (naissances simples seulement)[4] qui avaient 59 ou 60 semaines d'âge gestationnel[5] au début de chaque période de collecte, de mères vivant au Québec à l'exclusion de celles vivant dans les régions Nord-du-Québec, crie, inuite, sur les réserves indiennes, de même que celles dont on ne disposait pas de la durée de grossesse. Dû à la variation de la durée de grossesse et aux 4 à 5 semaines allouées à chaque période de collecte, tous les nourrissons n'ont pas exactement le même âge (gestationnel ou chronologique) au moment de la collecte. Ainsi, les enfants du volet 1998 de l'ÉLDEQ ont en moyenne 61 semaines d'âge gestationnel ou environ 5 mois d'âge chronologique.

Le plan de sondage de l'enquête est stratifié à 3 degrés et l'effet de plan moyen pour des proportions est estimé à 1,3. Afin d'inférer à la population visée les données de l'échantillon, on a attribué à chaque répondant de l'enquête une valeur (un poids) correspondant au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. Le volet 1998 de l'ÉLDEQ 1998-2002 s'articule autour de 8 principaux instruments de collecte servant à recueillir l'information sur la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), son conjoint ou sa conjointe s'il y a lieu, l'enfant cible et le ou les parent/s biologique/s absent/s le cas échéant. Compte tenu de la variation des taux de réponse aux différents instruments, 3 séries de poids durent être calculés et doivent être utilisés pour que l'inférence à la population soit fiable. Hormis le questionnaire auto-administré du père absent (QAAPABS) et une série de questions du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweure (QIRI) concernant les pères biologiques absents – 2 instruments dont la non-réponse globale ou partielle est trop élevée – tous les instruments ont pu être pondérés et, de fait, les estimations présentées ont toutes fait l'objet d'ajustements visant à réduire les biais potentiels.

Toutes les données présentées qui sont affectées par un coefficient de variation (CV) de 15 % ou plus sont accompagnées d'un ou deux astérisques pour bien indiquer aux lecteurs la variabilité des estimations présentées. De plus, si des estimations affectées par un taux de non réponse partielle dépassant les 5 % sont présentées, elles sont accompagnées d'une note qui spécifie pour quel sous-groupe de la population elles sont moins fiables.

Si comme toute mesure transversale d'une enquête populationnelle, le volet Nourrissons de 5 mois de l'ÉLDEQ 1998-2002 présente certaines limites, la très grande majorité des estimations qu'elle procure sont valides et fiables et fournissent pour la première fois un portrait particulièrement détaillé des nourrissons du Québec âgés d'environ 5 mois en 1998.

NDLR : Pour plus d'informations sur la méthodologie d'enquête consulter le numéro 1 de la présente collection. Des renseignements détaillés sur la source et la justification des instruments utilisés au volet 1998 de l'ÉLDEQ, ainsi que sur la composition des échelles et des indices retenus dans le présent rapport, sont également consignés au numéro 12 intitulé « Aspects conceptuels et opérationnels ».

3. Alors que pour la première année de collecte, les résultats concernant 2 223 enfants ont été conservés, pour le suivi longitudinal, seuls 2 120 enfants seront inclus, les 103 retranchés étant une partie d'un suréchantillon servant à mesurer les effets de la tempête de verglas de janvier 1998.

4. Les couples de jumeaux (naissances gémellaires) et les autres naissances multiples ne sont pas visés par l'enquête.

5. L'âge gestationnel est défini comme étant la somme de la durée de gestation (de la grossesse) et l'âge chronologique du bébé.

Section I
Habitudes de vie et état de santé

1. Introduction

Les habitudes de vie des parents ainsi que leur état de santé physique et psychologique jouent un rôle crucial dans le développement de l'enfant, particulièrement au cours de la petite enfance. Par exemple, la consommation excessive d'alcool, qui est le psychotrope le plus consommé par la population québécoise (Guyon et autres, 1995), affecte la capacité des parents à répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants (Harmer et autres, 1999; Pihl et autres, 1998). La consommation excessive d'alcool des parents met les enfants à risque non seulement d'abus et de négligence (Kotch et autres, 1999), mais aussi de développer, entre autres, des troubles d'attention, de conduite et d'anxiété (Kuperman et autres, 1999). Au Québec, l'alcool serait associé à 30 % des cas de violence à l'endroit des enfants, alors que 50 % des victimes d'inceste appartiendraient à des familles touchées par l'alcoolisme (MSSS, 1992).

La fumée du tabac dans l'environnement est nocive et peut provoquer chez les adultes des problèmes respiratoires tels que l'asthme (Greer et autres, 1993). Chez les enfants en pleine croissance, le tabagisme passif a des effets plus accentués. Plusieurs recherches ont montré, par exemple, que la présence de fumée du tabac dans l'environnement est associée à une plus forte incidence d'infections respiratoires, d'asthme et d'otites chez les jeunes enfants (Ilicali et autres, 1999; Lister et Jorm, 1998). Par ailleurs, l'usage du tabac par la mère durant la grossesse augmenterait le risque de problèmes de comportement chez l'enfant (Fergusson et autres, 1993; Wakschlag et autres, 1997).

Le bien-être psychologique des parents est également un facteur de risque ou de protection important dans l'adaptation psychosociale de l'enfant. Les parents déprimés, par exemple, sont habituellement renfermés, fatigués, abattus et pessimistes face à l'avenir, ce qui peut les rendre moins disponibles aux besoins des autres membres de leur famille. La dépression de la mère peut compromettre l'interaction avec son nourrisson ainsi que le fonctionnement social et affectif du bébé (Murray et Cooper, 1997; Weinberg et Tronick, 1998). De plus, les symptômes dépressifs de la mère sont associés à une plus forte probabilité qu'un enfant démontre des difficultés dans les domaines de l'attachement, du comportement et du développement cognitif et affectif (Cicchetti et autres, 1997; Kaplan et autres, 1999; Kochanska et autres, 1997). La contribution de la dépression du père à l'adaptation psychosociale de l'enfant semble toutefois moins claire (Marchand et Hock, 1998; Shiner et Marmorstein, 1998).

Dans la première partie de ce numéro, nous présentons un profil des habitudes de vie, de l'état de santé général, et du bien-être psychologique des parents des nourrissons. Ces profils sont examinés en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques à l'aide du test du chi-carré. L'adaptation sociale des parents fait l'objet de la deuxième partie de cette publication.

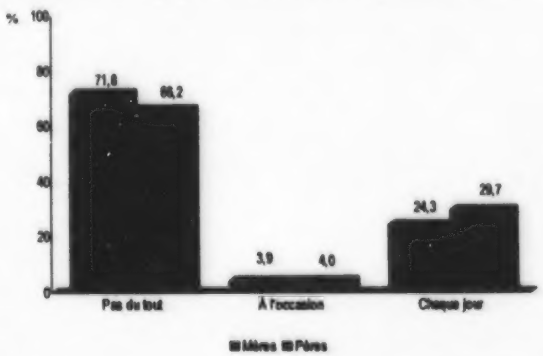
2. Les habitudes de vie des parents

Dans l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) était appelée à répondre à la section « La santé des adultes » du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweure (QIRI). Cette section qui visait à la fois la PCM et son conjoint ou sa partenaire, s'il y a lieu, contient des questions sur l'état de santé général du parent et ses habitudes de vie telles que l'usage du tabac et la consommation d'alcool. Des questions portant sur le bien-être psychologique étaient également posées à la PCM – dans la quasi-totalité des cas (99,7 %), la mère biologique du nourrisson. On dispose d'informations pour 2 221 mères et 2 018 pères/conjoints présents dans le ménage[6]. Les renseignements concernant les symptômes dépressifs chez les pères ont été recueillis auprès de 1 855 pères ou conjoints vivant dans le ménage[7] qui ont répondu à la section « Le bien-être du père » du questionnaire autoadministré du père (QAAP)[8].

2.1 Habitudes tabagiques

Quand on a interrogé les parents des nourrissons en ce qui a trait à leur usage actuel du tabac, près d'une mère sur quatre (24 %) a déclaré qu'elle fumait quotidiennement, et environ 4 % d'entre elles ont rapporté fumer à l'occasion (voir figure 2.1). Chez les mères ayant déclaré fumer quotidiennement, le nombre de cigarettes fumées par jour se situe à 10 cigarettes ou moins chez environ un tiers d'entre elles. Plus de 4 sur 10 (45 %) ont indiqué fumer entre 11 et 20 cigarettes par jour, et la consommation quotidienne de plus de 20 cigarettes a été rapportée par 19 % des mères ayant déclaré fumer tous les jours (données non présentées).

Figure 2.1
Fréquence de l'usage du tabac au moment de l'enquête chez les mères et les pères, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Selon les déclarations fournies par les PCM ou par les pères eux-mêmes, 3 pères sur 10 fument tous les jours, tandis que 4 % d'entre eux fument seulement à l'occasion. Quant à la quantité de cigarettes fumées par les premiers, notons qu'un père sur cinq consomme 10 cigarettes ou moins par jour. Environ 40 % des pères fumeraient entre 11 et 20 cigarettes par jour, et presque autant (39 %), plus de 20 cigarettes par jour (données non présentées).

2.2 Consommation d'alcool

L'analyse des données concernant la consommation d'alcool chez les parents des nourrissons révèle que la majorité d'entre eux en ont pris au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ainsi que l'illustre la figure 2.2, environ 7 mères sur 10 (72 %) et près de 9 pères sur 10 (88 %) ont consommé de l'alcool à un moment ou l'autre durant cette période[9].

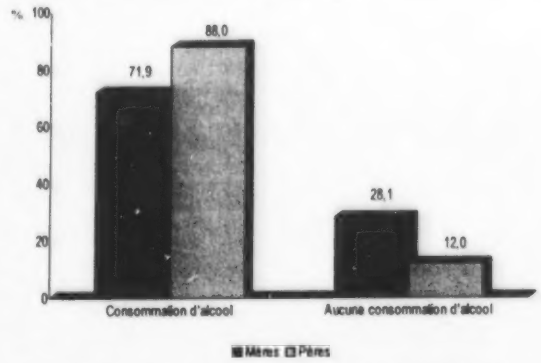
6. Dans la plupart des cas, les questions portant sur le père/conjoint ont été répondues par la PCM. Environ un père sur six a toutefois répondu lui-même aux questions le concernant.

7. C'est 99,3 % de ces répondants qui sont le père biologique de l'enfant.

8. Ces mêmes questions ont été adressées aux pères biologiques ne vivant pas dans le ménage. Étant donné le faible pourcentage de questionnaires (QAAPABS) retournés (moins de 50 %), les données n'ont pas été pondérées et ne sont pas présentées ici (pour plus de détails, voir les numéros 1 et 2 de la présente collection).

9. Les données sur la consommation d'alcool chez les mères des nourrissons portent sur les 12 mois précédant l'enquête. Elles ne nous indiquent pas toutefois si les mères en ont consommé durant leur grossesse. Des données sur les habitudes de vie durant la grossesse sont présentées à la section II de ce numéro et au numéro 3 de la présente collection.

Figure 2.2
Consommation d'alcool chez les mères et les pères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002.*

S'il est généralement reconnu que la consommation modérée d'alcool peut avoir des effets bénéfiques pour la santé cardiovasculaire (Sacco et autres, 1999), la consommation abusive d'alcool représente, par contre, un comportement problématique qui affecte non seulement la santé du consommateur mais aussi le bien-être de son entourage.

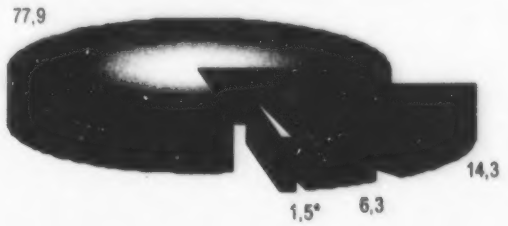
La consommation excessive d'alcool est souvent établie à partir du nombre de boissons consommées par semaine. Toutefois, les chercheurs ne s'entendent pas sur une définition opérationnelle d'abus d'alcool, une classification qui, selon l'étude, varie de 10-12 boissons par semaine à au moins 28 boissons par semaine (voir Pihl et autres, 1998). La fréquence à laquelle un individu consomme cinq verres ou plus à une même occasion semble une mesure plus fiable permettant de discriminer entre la présence et l'absence d'un problème relié à la consommation d'alcool (Conrod et autres, 1997).

Dans le cadre de l'ÉLDEQ, des renseignements concernant la fréquence de consommation d'alcool ont été obtenus à l'aide des deux questions suivantes :

- Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool ?
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu cinq verres ou plus à une même occasion ?

Les réponses des parents à la première question sont présentées aux figures 2.3 et 2.4. Ainsi, parmi les mères buveuses, presque 8 sur 10 (78 %) ont indiqué consommer de l'alcool moins d'une fois par semaine, tandis que moins de 2 % ont déclaré en prendre 4 à 7 fois par semaine.

Figure 2.3
Fréquence de la consommation d'alcool (%) chez les mères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998[1]

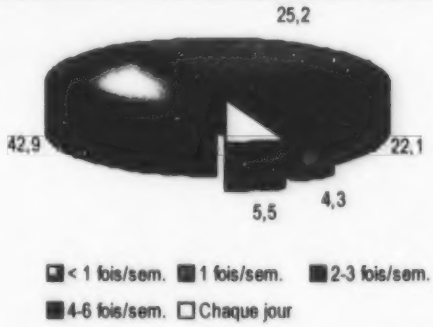


1. Chez les mères ayant pris de l'alcool.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002.*

Chez les pères ayant bu de l'alcool durant l'année précédant l'enquête, à peu près 4 sur 10 (43 %) en consommeraient moins d'une fois par semaine. Par ailleurs, environ 1 père sur 20 (6 %) en prendrait de 4 à 6 fois par semaine, alors qu'une proportion semblable (4 %) en consommerait chaque jour (figure 2.4).

Figure 2.4
Fréquence de la consommation d'alcool (%) chez les pères au cours des 12 mois précédant l'enquête, 1998[1]



1. Pour les pères ayant pris de l'alcool.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002.*

Les réponses des parents à la deuxième question indiquent que la majorité des mères des nourrissons (85 %) n'ont jamais consommé 5 verres ou plus à une même occasion au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Un père sur deux (50 %), par contre, a pris au moins une fois cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion durant les 12 derniers mois (données non présentées). Ainsi, environ trois fois plus de pères que de mères auraient consommé des quantités excessives d'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ceci confirme que la consommation excessive d'alcool est nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Guyon et autres, 1995; Santé Canada, 1999), même chez les parents de nourrissons.

2.3 Les habitudes de vie et les caractéristiques des parents

Les habitudes de vie des parents ne sont pas indépendantes de certaines caractéristiques personnelles ou de leurs conditions de vie. L'usage quotidien du tabac au moment de l'enquête, la consommation d'alcool durant les 12 derniers mois et la consommation de cinq verres ou plus au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête sont présentés au tableau 2.1 en fonction de certaines caractéristiques propres aux parents et à la famille dans laquelle ils vivent.

Tableau 2.1
Usage quotidien du tabac et consommation d'alcool chez les mères et les pères, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998

	Usage quotidien du tabac[1]		Consommation d'alcool[2]		Consommation de 5 verres ou + à une même occasion[2]	
	Mères	Pères	Mères	Pères	Mères	Pères
			%			
Groupe d'âge[3]						
Moins de 20 ans	51,9†		63,4		23,9†*	
20-24 ans	35,8	43,3†	74,8	87,0	24,9	64,8†
25-29 ans	20,2	31,6	70,6	90,6	12,9	54,8
30-34 ans	20,9	26,0	74,2	88,2	11,3	48,8
35-39 ans	17,9*	27,3	67,8	86,5	11,2*	40,3
40 ans ou plus	21,9**	31,3	64,0	84,1	7,5**	40,0
Niveau de scolarité						
Sans diplôme d'études secondaires	47,4†	50,3†	59,8†	83,1†	17,6	51,3
Diplôme d'études secondaires	28,2	32,8	69,8	87,9	14,4	51,8
Diplôme d'études professionnelles ou d'une école de commerce	24,4	32,8	76,3	85,9	16,5*	51,6
Diplôme collégial	14,2*	19,5	76,9	93,2	16,2	49,0
Diplôme universitaire	7,6*	11,2	79,4	90,6	11,8	43,5
Type de familles						
Biparentale intacte	20,5†	27,0†	72,6†	88,2	13,8	49,3
Recomposée	43,7	48,6	77,3	86,9	18,8	47,9
Monoparentale	35,6	--	60,2	--	18,3*	--
Ménage à faible revenu[4]						
Oui	32,8†	43,2†	55,2†	73,8†	13,4	39,8†
Non	21,1	26,3	78,6	92,6	15,6	53,0
Total						
n	**2 221**	**2 018**	**2 221**	**2 018**	**2 220**	**2 009**
%	**24,3**	**29,7**	**71,9**	**88,0**	**14,8**	**49,2**

Note : † signifie $p < 0,05$.
1. Au moment de l'enquête.
2. Au cours des 12 mois précédant l'enquête.
3. Les pères âgés de moins de 25 ans ont été regroupés en une seule catégorie à cause des petits effectifs.
4. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Comme on peut le constater, plus de la moitié des mères âgées de moins de 20 ans (52 %) fument quotidiennement, et l'usage quotidien du tabac diminue avec l'âge de la mère. Chez les 25 ans et plus, environ une mère sur cinq fume quotidiennement. Comparativement aux pères âgés de 25 ans et plus, les pères les plus jeunes (moins de 25 ans) comptent aussi un pourcentage relativement plus élevé de fumeurs quotidiens (43 % c. 32 % ou moins). Quant à la scolarité des parents, les données de l'ÉLDEQ révèlent qu'environ la moitié des mères et des pères sans diplôme d'études secondaires fument quotidiennement tandis que c'est le cas pour seulement 8 % des mères et 11 % des pères détenant un diplôme universitaire. L'usage du tabac varie également en fonction du type de familles. Alors que seulement 21 % des mères vivant en famille biparentale intacte ont rapporté fumer quotidiennement, ce pourcentage s'élève à 44 % chez les mères vivant en famille recomposée et à 36 % chez les mères de famille monoparentale[10]. De la même façon, l'usage quotidien du tabac est nettement plus fréquent chez les pères vivant en famille recomposée (49 %) que chez ceux vivant en famille biparentale intacte (27 %)[11]. Finalement, les mères et les pères appartenant à un ménage se situant sous le seuil de faible revenu sont nettement plus susceptibles de fumer quotidiennement que ceux vivant dans des familles disposant d'un revenu considéré suffisant (tableau 2.1).

Le pourcentage de parents ayant consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête ne varie pas significativement selon leur groupe d'âge. Cependant, les mères et les pères plus scolarisés sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé de l'alcool durant cette période que les parents moins scolarisés. Quant au type de familles, la consommation d'alcool semble plus fréquente chez les mères de famille biparentale intacte (73 %) ou recomposée (77 %) que chez celles vivant en famille monoparentale (60 %). La consommation d'alcool des pères ne varie toutefois pas selon le type de familles (intacte ou recomposée). Par contre, la proportion de mères et de pères ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois est plus élevée dans les ménages bénéficiant d'un revenu suffisant que dans ceux dont le revenu annuel se situe sous le seuil de faible revenu.

Comme on peut le voir au tableau 2.1, la consommation excessive d'alcool (cinq verres ou plus) au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête est plus fréquente chez les mères et les pères plus jeunes que chez les parents plus âgés. Ainsi, environ une mère âgée de moins de 25 ans sur quatre a indiqué avoir consommé cinq verres ou plus à au moins une occasion comparativement à 13 % ou moins chez les autres mères. Chez les pères, un peu moins des deux tiers (65 %) de ceux âgés de moins de 25 ans auraient consommé au moins une fois cette quantité d'alcool à une même occasion alors que cette situation est le fait de 55 % ou moins des pères plus âgés. Bien que ce comportement semble moins fréquent à l'extrémité de l'échelle des âges, notons toutefois que le pourcentage de pères de 40 ans et plus ayant pris cinq consommations ou plus à une même occasion demeure très élevé (40 %).

La proportion de mères et de pères ayant consommé cinq verres ou plus lors d'une même occasion ne varie pas en fonction de leur niveau de scolarité ou du type de familles auquel ils appartiennent. Par contre, le niveau de revenu du ménage s'avère lié à la consommation excessive d'alcool, mais seulement chez les pères. La proportion de pères ayant pris à une ou plusieurs reprises au moins cinq consommations est ainsi relativement plus élevée dans les ménages à faible revenu (53 % c. 40 %).

Bien que les pourcentages diffèrent, nos résultats confirment certaines tendances révélées dans le dernier Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (Santé Canada, 1999). Ainsi, les hommes les plus susceptibles de fumer quotidiennement sont ceux âgés de moins de 25 ans et ceux n'ayant pas terminé leurs études secondaires. Les jeunes mères et celles sans diplôme d'études secondaires constituent également des groupes particulièrement à risque d'usage quotidien du tabac. Quant à la consommation d'alcool, celle-ci est plus fréquente chez les hommes et chez les parents plus scolarisés ou vivant dans un ménage se situant au-dessus du seuil de faible revenu. Par contre, les pères et les mères âgés de moins de 25 ans et les pères vivant dans des ménages à faible revenu consomment plus fréquemment des quantités excessives d'alcool lors d'une même occasion.

---

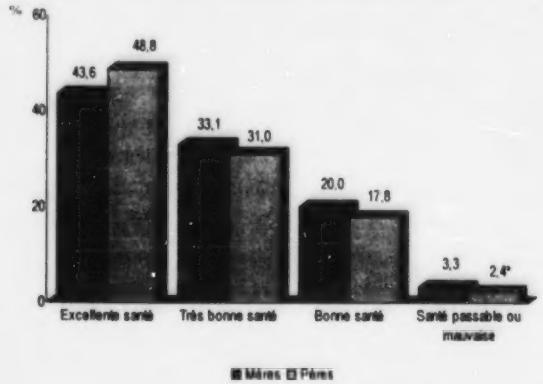
10. La différence entre les familles recomposées et les familles monoparentales n'est toutefois pas significative au seuil de 0,05.

11. Étant donné le petit nombre de pères biologiques « répondants », chefs de famille monoparentale, seulement les pères vivant en famille biparentale ont été inclus dans cette analyse.

3. Le bien-être physique des parents

Le bien-être physique des parents a été évalué à l'aide d'une question de la section « Santé des adultes » du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweure (QIRI). Les résultats présentés à la figure 3.1 révèlent que la majorité des mères (77 %) et des pères (80 %) considèrent être en excellente ou en très bonne santé. Seulement un faible pourcentage de parents, soit environ 3 % des mères et des pères, afficheraient un état de santé général passable ou mauvais. Bien que les différences soient minimes, les pères des nourrissons québécois présentent, dans l'ensemble, un profil de santé plus favorable que les mères ($p < 0,001$, figure 3.1). L'état de santé perçu des deux parents demeure toutefois étroitement lié. Ainsi, comparativement aux autres mères, celles ayant rapporté être en excellente ou en très bonne santé sont nettement plus susceptibles de vivre avec un conjoint présentant également un état de santé optimal (85 % c. 63 %, $p < 0,001$; données non présentées).

Figure 3.1
Répartition des mères et des pères selon l'état de santé perçu, 1998



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

L'état de santé perçu est associé à plusieurs facteurs propres aux parents ou à leurs conditions de vie. Ainsi, comme on peut le voir au tableau 4.1, seulement 62 % des très jeunes mères (âgées de moins de 20 ans) considèrent leur état de santé excellent ou très bon, tandis que c'est le cas chez 80 % des mères âgées de 30 à 34 ans. Ce pourcentage diminue toutefois à 68 % chez les mères de 40 ans et plus. Les pères âgés de moins de 25 ans (84 %), par contre, sont nettement plus nombreux que ceux âgés de 40 ans et plus (67 %) à présenter un état de santé général excellent ou très bon.

À l'instar de certains résultats présentés dans le Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (Santé Canada, 1999), les données de l'ÉLDEQ suggèrent que la perception de l'état de santé tend à être moins favorable chez les individus plus âgés. Dans la présente étude, ce résultat pourrait être en partie lié au fait que les mères et les pères plus âgés assument en moyenne une charge familiale plus grande à laquelle peut être associée davantage de fatigue. Par exemple, les mères âgées entre 20 et 24 ans élèvent un seul enfant dans plus de la moitié des cas (59 %), tandis qu'à l'inverse, environ la moitié (52 %) des mères âgées de 40 ans ou plus ont au moins trois enfants à leur charge[12].

Le pourcentage de parents ayant déclaré un état de santé excellent ou très bon varie par ailleurs en fonction du niveau de scolarité atteint. Parmi ceux sans diplôme d'études secondaires, 60 % des mères et 71 % des pères seraient en excellente ou en très bonne santé, alors que ces pourcentages se situent à 89 % chez les mères et à 86 % chez les pères qui détiennent un diplôme universitaire. Par ailleurs, les mères vivant en famille biparentale intacte (78 %) ont indiqué plus fréquemment que les mères monoparentales (65 %) être en excellente ou en très bonne santé. La santé semble aussi fortement reliée au niveau de revenu du ménage. Ainsi, les mères (64 %) et les pères (72 %) appartenant à un ménage se situant sous le seuil de faible revenu sont proportionnellement moins nombreux à se décrire en excellente ou très bonne santé que les mères et les pères (82 %) vivant dans des familles disposant d'un revenu considéré suffisant (tableau 4.1).

Dans le cadre du volet 1998 de l'ÉLDEQ, on s'est également intéressé aux problèmes de santé de longue durée que connaissent les parents tels que migraine, maux de dos, hypertension, maladie

12. Étant basé sur de petits effectifs, le pourcentage observé chez les mères de 40 ans ou plus doit être interprété avec prudence.

cardiaque, etc. [13]. Ces problèmes sont importants dans la mesure où ils peuvent affecter la qualité de vie des parents des nourrissons et, indirectement, les relations familiales. De plus, les enfants de parents expérimentant certains problèmes de santé chroniques tels que les allergies ou l'asthme sont plus susceptibles de connaître eux-mêmes de tels problèmes au cours de leur vie (Borish, 1999; Busse, 1999). Selon les données de la présente enquête, quatre mères sur dix et un peu plus d'un père sur trois (34 %) souffriraient d'un problème de santé chronique. Chez les mères, les trois problèmes les plus fréquemment rapportés sont, par ordre d'importance, les allergies (autres qu'alimentaires) (19 %), l'asthme ou les maux de dos (*ex-æquo* : 8 %) et les migraines (7 %). Chez les pères, les allergies (autres qu'alimentaires) prédominent également (14 %), suivies des maux de dos (9 %) et de l'asthme (5 %). Enfin, il n'est pas étonnant de constater que les parents ayant rapporté un problème de santé chronique sont proportionnellement moins nombreux à déclarer être en excellente ou en très bonne santé. Ainsi, près de deux tiers des mères et des pères présentant un problème de santé de longue durée seraient en excellente ou en très bonne santé contre 84 % et 87 % respectivement des mères et des pères n'étant pas affectés par de tels problèmes.

13. Dans l'ÉLDEQ, on entend par « problème de santé de longue durée », un état qui persiste depuis 6 mois ou plus ou qui devrait persister pendant 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

4. Le bien-être psychologique des parents

La dépression est un état caractérisé par une tristesse parfois accompagnée de sentiments d'impuissance, d'irritabilité et de désespoir. Une proportion importante d'hospitalisations en psychiatrie ainsi que de suicides sont reliés à la dépression (Santé Canada, 1994). En 1996-1997, au Canada, 8 % de la population féminine âgée de 12 ans ou plus et 5 % des hommes de ce groupe d'âge répondaient à suffisamment de critères pour recevoir un diagnostic de dépression (Santé Canada, 1999).

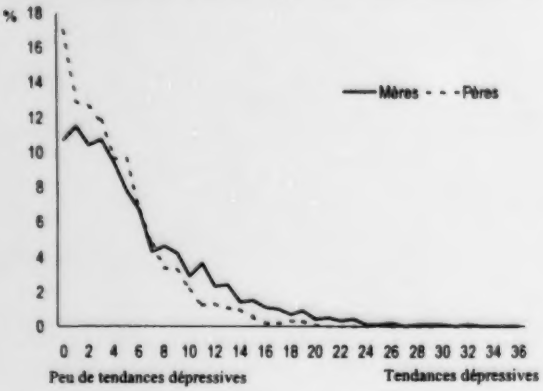
Dans le cadre de l'ÉLDEQ, on a recueilli des renseignements sur la santé mentale des parents, principalement en ce qui a trait aux symptômes de dépression. Les 12 questions administrées à la mère ont été présentées dans le questionnaire informatisé rempli par l'intervieweure (QIRI), alors que les pères ont répondu à ces questions dans le questionnaire autoadministré du père (QAAP).

Cet ensemble de questions constitue une version réduite de l'Échelle de dépression du centre d'étude épidémiologique du National Institute of Mental Health des États-Unis (Échelle CES-D). Cette échelle, également utilisée dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), a été mise au point pour mesurer la fréquence des symptômes dépressifs dans le grand public. Plus précisément, elle mesure la présence et la gravité des symptômes associés à la dépression durant la semaine précédant l'enquête.

La figure 4.1 présente la répartition des mères et des pères selon le degré de dépression ressenti pendant la semaine précédant l'enquête. Comme on peut le voir, la concentration des deux distributions vers la gauche suggère que la majorité des parents des nourrissons affichent peu de tendances dépressives.

L'échelle de dépression utilisée dans l'ÉLDEQ n'est pas un outil de dépistage de dépression clinique. On peut toutefois identifier les parents plus susceptibles de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble dépressif en sélectionnant ceux qui ont rapporté plus de symptômes dépressifs. Dans l'analyse qui suit, nous avons cherché à voir si les parents se situant au-dessus du 90e rang centile sur l'échelle de dépression[14] présentent des caractéristiques différentes des autres parents.

Figure 4.1
Répartition des mères et des pères selon le degré de dépression, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Le tableau 4.1 montre que le degré de dépression ne varie pas de façon significative en fonction de l'âge des parents. Le pourcentage de mères se situant à l'extrême de l'échelle de dépression est par contre inversement relié au niveau de scolarité atteint. Ainsi, par rapport aux mères sans diplôme d'études secondaires (18 %), celles détenant un diplôme universitaire (6 %) sont trois fois moins nombreuses à avoir rapporté un nombre élevé de symptômes dépressifs.

14. Landy et Tam (1996) ont considéré un résultat de 13 ou plus à cette version abrégée de l'Échelle de dépression CES-D comme indice de la présence d'une dépression modérée à grave. Dans l'ÉLDEQ, environ 10 % des mères et 4 % des pères ont obtenu un score égal ou supérieur à 13 sur l'échelle de dépression. Comme le faible pourcentage observé chez les pères n'aurait pas permis d'effectuer des analyses ventilées en fonction des différentes caractéristiques retenues, nous avons opté pour retenir, dans la présente analyse, les mères et les pères se situant au-dessus du 90e rang centile.

Tableau 4.1

Santé perçue et symptômes dépressifs chez les mères et les pères, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998

	Santé perçue excellente ou très bonne		Nombre élevé de symptômes dépressifs[1]	
	Mères	Pères	Mères	Pères
	%			
Groupe d'âge[2]				
Moins de 20 ans	62,4†		19,2**	
20-24 ans	73,9	83,8†	14,3	15,5
25-29 ans	78,8	81,3	10,8	9,4
30-34 ans	79,8	82,7	9,1	11,6
35-39 ans	72,7	77,2	10,1*	11,8*
40 ans ou plus	68,2	66,6	18,1**	16,8*
Niveau de scolarité				
Sans diplôme d'études secondaires	60,2†	71,2†	17,7†	12,5*
Diplôme d'études secondaires	75,9	79,2	11,9	12,8
Diplôme d'études professionnelles ou d'une école de commerce	72,8	74,8	12,5*	11,9*
Diplôme collégial	81,8	86,1	9,6*	13 0*
Diplôme universitaire	89,1	85,9	6,2*	9,1*
Type de familles				
Biparentale intacte	78,3†	80,3	9,7†	11,7
Recomposée	74,3	76,3	11,1*	13,5*
Monoparentale	65,2	--	24,8	--
Ménage à faible revenu[3]				
Oui	64,2†	72,0†	19,0†	18,7†
Non	82,0	82,1	8,4	10,0
Total				
n	**2 221**	**2 018**	**2 216**	**1 848**
%	**76,7**	**79,8**	**11,3**	**11,9**

Note : † signifie $p < 0,05$.

1. Pour une définition du critère utilisé, voir la page précédente.
2. Les pères âgés de moins de 25 ans ont été regroupés en une seule catégorie à cause des petits effectifs.
3. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002.*

Les mères vivant en famille monoparentale et celles disposant d'un revenu familial jugé insuffisant sont aussi proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré une plus forte détresse psychologique. Dans les familles biparentales, environ une mère sur dix a révélé avoir des tendances dépressives. Par comparaison, cette situation concerne une mère sur quatre dans les familles monoparentales. Par ailleurs, ainsi qu'illustré au tableau 4.1, comparativement aux autres mères, celles vivant dans un ménage à faible revenu sont deux fois plus susceptibles de déclarer un nombre élevé de symptômes dépressifs (19 % c. 8 %).

Le niveau de symptômes dépressifs rapporté par la mère est associé à celui déclaré par le père : plus d'un quart (27 %) des mères avec de fortes tendances dépressives vivent avec un conjoint qui a également déclaré une plus forte détresse psychologique alors que cette situation concerne seulement 10 % des mères non dépressives ($p < 0,001$; données non présentées).

Cependant, comme on peut le voir au tableau 4.1, peu de facteurs sont associés à un niveau élevé de symptômes dépressifs chez les pères. Ainsi, le pourcentage de pères se situant à l'extrême de l'échelle de dépression ne varie pas selon leur âge, leur scolarité ou le type de familles dans lequel ils vivent. Cependant, presque deux fois plus de pères dont le revenu familial est insuffisant que de pères disposant d'un revenu au-dessus du seuil de faible revenu ont rapporté un nombre élevé de symptômes dépressifs (19 % c. 10 %).

Les tendances dépressives observées chez les parents sont associées à d'autres aspects de l'environnement dans lequel évolue le nourrisson comme, par exemple, le fonctionnement familial. Ainsi, 30 % des mères dépressives vivent dans des familles décrites comme étant dysfonctionnelles[15] sur le plan des relations familiales comparativement à 4 % des mères affichant peu de tendances dépressives ($p < 0,001$; données non présentées). Les pères qui ont rapporté un degré élevé de dépression sont également plus nombreux à vivre dans une famille dysfonctionnelle que ceux ayant indiqué ressentir peu de symptômes dépressifs (13 % c. 4 %, $p < 0,001$; données non présentées). Enfin, les mères dépressives ont plus tendance à faire un usage quotidien du tabac que les mères non dépressives (31 % c. 24 %, $p < 0,05$; données non présentées), alors que ce n'est pas le cas chez les pères.

15. Le fonctionnement familial a été établi à l'aide d'une échelle administrée à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM). Cette échelle contient 12 questions. Selon le seuil clinique de fonctionnement familial établi par les chercheurs de l'hôpital Chedoke-McMaster de Hamilton (Cadman et autres, 1991),les familles ayant obtenu un score égal ou supérieur à 15 à cette échelle peuvent être considérées comme présentant des problèmes de fonctionnement.

5. Conclusion

Les données du premier volet de l'ÉLDEQ nous ont permis de brosser un portrait des habitudes de vie et de la santé physique et psychologique des parents des nourrissons québécois âgés d'environ 5 mois en 1998. Ainsi, la majorité des parents considèrent être en excellente ou en très bonne santé physique. Environ un tiers des pères et un quart des mères font un usage quotidien du tabac au moment de l'enquête, et la majorité ont consommé de l'alcool, à des degrés divers, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Quant à leur état de santé psychologique, la plupart des parents semblent ressentir peu de symptômes dépressifs.

Par ailleurs, plusieurs facteurs augmentent les risques qu'un parent soit en moins bonne santé physique et psychologique ou consomme plus de tabac ou d'alcool. Les parents plus jeunes, moins scolarisés, disposant d'un faible revenu familial et les mères monoparentales sont particulièrement susceptibles d'être en moins bonne santé et de fumer quotidiennement. Les parents plus jeunes et les pères vivant dans les ménages à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à consommer des quantités excessives d'alcool. Quant aux tendances dépressives, celles-ci sont plus souvent observées chez les mères peu scolarisées et chez celles vivant en famille monoparentale, ainsi que chez les parents disposant d'un faible revenu familial.

La santé mentale des parents n'est pas étrangère à la trajectoire développementale des enfants. La présence de dépression chez le parent, par exemple, augmente de façon significative le risque que l'enfant présente des troubles intériorisés et extériorisés (Bergeron et autres, 1997; Offord et autres, 1989). Par ailleurs, les résultats d'autres études indiquent que la dépression est un état plus « prévalent » chez les individus vivant dans des familles monoparentales et dans des conditions socioéconomiques moins favorables (Beaudet, 1996; Santé Canada, 1999). Comme la dépression du parent, la pauvreté et la présence d'un seul parent au foyer sont cependant aussi des facteurs de risque quant à l'adaptation affective et comportementale de l'enfant (Lipman et autres, 1996; Offord et Lipman, 1996). Le lien entre la condition socioéconomique des parents, leur situation familiale, leur bien-être psychologique et l'adaptation de leur enfant semble donc complexe. L'influence des caractéristiques socioéconomiques des parents sur l'adaptation de l'enfant est probablement indirecte et se manifeste surtout à travers le stress psychologique vécu par les parents, leur santé mentale, la relation de couple et la relation parent/enfant (Jensen et autres, 1990; Offord, 1990). Par exemple, l'absence du père du foyer, condition fortement associée à une situation de faible revenu et à un stress psychologique élevé chez le parent seul (Santé Canada, 1999), pourrait favoriser la présence de difficultés au niveau de la relation parent/enfant et être associée, par conséquent, à l'émergence de problèmes d'adaptation chez l'enfant. Bien que souvent reliés, le revenu familial et la situation familiale exerceraient toutefois des effets distincts sur l'adaptation de l'enfant. En tenant compte de ces deux facteurs de risque, Pagani et autres (1997) ont noté que la pauvreté s'avère plus fortement liée à la performance scolaire de l'enfant, tandis que la situation familiale est un meilleur prédicteur de l'adaptation de l'enfant sur le plan du comportement. De plus, la pauvreté et le type de familles ne sont pas indépendants de certaines caractéristiques des parents présentes avant la naissance de l'enfant. L'adaptation sociale des parents à l'adolescence, par exemple, thème présenté dans la deuxième partie de ce numéro, peut être un précurseur important de leur situation économique et familiale ultérieure.

Les données longitudinales de l'ÉLDEQ nous permettront de vérifier comment ces multiples facteurs de risque interagissent et influent sur le développement des enfants. De plus, nous serons en mesure d'examiner quelles caractéristiques propres à l'enfant ou à son environnement peuvent le protéger d'une mésadaptation psychosociale dans un contexte familial susceptible de compromettre son développement.

Section II
Adaptation sociale

1. Introduction

Un des principaux objectifs de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ) consiste à examiner les facteurs de risque associés au développement de problèmes de comportement chez les enfants à partir de la petite enfance jusqu'à l'âge scolaire et même au-delà. L'étude vise également à analyser les facteurs entravant ou favorisant le développement psychosocial et cognitif nécessaire à l'enfant pour faire face aux multiples défis de la scolarisation.

L'identification des facteurs contribuant au développement de problèmes de comportement chez les enfants s'avère cependant difficile pour deux raisons. D'abord, les enfants présentant des comportements antisociaux sont plus susceptibles d'expérimenter diverses difficultés à l'âge adulte, telles que l'abus d'alcool et de drogues, la grossesse à l'adolescence ou le décrochage scolaire (Cassidy et autres, 1996; Robins, 1966; Robins et Price, 1991; Serbin et autres, 1991; Woodward et Fergusson, 1999; Zoccolillo et autres, 1992; Zoccolillo et Rogers, 1991). Ces difficultés constituent également, en elles-mêmes, des facteurs pouvant contribuer à l'apparition d'éventuels problèmes psychosociaux chez leurs propres enfants. Par ailleurs, les conduites antisociales peuvent se transmettre d'une génération à l'autre, soit par les gènes, soit par l'entremise de l'environnement familial, ou par une combinaison des deux (Cadoret et autres, 1995; Langbehn et autres, 1998; Rutter et autres, 1990; Silberg et autres, 1996). On ne peut comprendre et expliquer les ressemblances familiales en matière de problèmes de comportement (ex. : un comportement délinquant chez un garçon vivant dans une famille pauvre dont le père a un dossier criminel) sans avoir recours à un devis de recherche permettant de distinguer les facteurs environnementaux et génétiques sous-jacents.

Afin de mieux cerner les facteurs de risque reliés au développement de difficultés de comportement chez les enfants, il devient alors nécessaire de connaître les antécédents antisociaux de leurs parents et cela, pour deux raisons. Dans un premier temps, une telle mesure peut être utilisée afin de prendre en compte un éventuel mode de transmission génétique des conduites antisociales. Par exemple, il a été démontré que les enfants nés d'une mère adolescente sont plus susceptibles de présenter un comportement antisocial (Coley et Chase-Lansdale, 1998) mais avoir des problèmes de cette nature durant son enfance constitue en soi un facteur associé à une maternité précoce. Qui plus est, la prévalence des troubles du comportement est plus élevée chez les mères adolescentes que chez les autres mères (Cassidy et autres, 1996; Serbin et autres, 1991; Woodward et Fergusson, 1999). Toutefois, ce ne sont évidemment pas toutes les mères adolescentes qui ont un passé marqué par des problèmes de comportement. Examiner si les enfants de mères adolescentes (et de pères adolescents) n'ayant pas connu de problèmes de conduite - donc présumés être à plus faible risque sur le plan génétique que les enfants de parents adolescents manifestant de tels problèmes - présentent davantage de troubles du comportement que les autres enfants peut aider à mieux départager la contribution des composantes d'ordre génétique et environnemental. Cependant, pour que cette analyse soit possible, il est primordial de disposer de renseignements sur les antécédents antisociaux des deux parents et d'un échantillon suffisamment important pour autoriser des comparaisons entre des parents adolescents et des parents adultes, antisociaux ou non.

En deuxième lieu, il convient de souligner que l'on dispose de peu de données sur l'environnement familial des enfants dont les parents ont des antécédents antisociaux. En effet, les quelques recherches menées sur le sujet sont soit des études longitudinales portant sur les compétences parentales d'individus ayant manifesté des comportements antisociaux durant leur enfance, ou encore, des études ayant comparé les parents d'enfants antisociaux à un groupe contrôle (Robins, 1966; Serbin et autres, 1998). Ainsi, à notre connaissance, aucune étude épidémiologique à grande échelle, basée sur une cohorte de naissance, n'a cherché à documenter les antécédents antisociaux des deux parents. En l'absence de données sur les caractéristiques des familles où le vécu des parents comporte des problèmes de comportement, il demeure difficile de planifier des programmes de prévention ou des interventions efficaces visant ces familles.

Dans l'ÉLDEQ, les antécédents antisociaux des parents lors de l'enfance, l'adolescence ou la vie adulte ont été évalués à l'aide de deux questionnaires autoadministrés : un rempli par les mères (QAAM) et l'autre par les pères (QAAP). Ces

questionnaires sont décrits dans la section suivante. Le nombre de « symptômes » rapportés par les parents est ensuite examiné en fonction de différents facteurs de risque pouvant influer sur le développement des enfants québécois alors âgés d'environ 5 mois. Seules les données portant sur les parents biologiques, lesquels représentent la quasi-totalité des répondants aux QAAM et QAAP, figurent ici.

2. Aspects méthodologiques

Plusieurs principes de base ont guidé le choix des questions servant à dresser le profil des parents. Dans un premier temps, le questionnaire devait permettre d'identifier les parents les plus susceptibles de présenter une personnalité antisociale. À cet égard, les recherches antérieures ont montré que le nombre d'écarts de conduite manifestés durant l'enfance/adolescence s'avère un meilleur prédicteur des comportements antisociaux répétitifs et persistants que la présence de problèmes de conduite particuliers (Robins, 1966; Robins et Price, 1991; Robins et Regier, 1991). Par conséquent, plusieurs questions ont été posées. La somme des écarts de conduite que les parents ont déclaré avoir connu durant leur enfance ou leur adolescence a été retenue comme principale variable d'intérêt lors de l'analyse.

En second lieu, il s'avère tout aussi important d'identifier les parents ne présentant pas de « troubles de la conduite » que ceux ayant des antécédents antisociaux significatifs. Ainsi, les comportements retenus réfèrent à des « symptômes » de niveaux de sévérité variables. À cet égard, des recherches antérieures ont montré une gradation au niveau des symptômes du trouble des conduites. Plus spécifiquement, bien qu'il existe différents degrés de sévérité du trouble des conduites, on a observé que les symptômes les moins sévères sont présents chez la plupart des individus ayant reçu ce diagnostic (Robins, 1966; Robins et Regier, 1991). En faisant le choix de retenir relativement moins de « symptômes » sévères dans le questionnaire de l'ÉLDEQ, il est alors davantage probable que les parents ayant répondu par la négative à toutes les questions ne présentent effectivement pas de troubles de la conduite et, qu'à l'inverse, ceux qui ont rapporté plusieurs « symptômes », même mineurs, aient des antécédents antisociaux.

Troisièmement, des études épidémiologiques ont démontré qu'une majorité de femmes, et une fraction non négligeable d'hommes ayant une histoire de conduites antisociales chroniques et continues (répondant aux critères du trouble de la personnalité antisociale *du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-III]), n'ont pas d'antécédents criminels. De même, une proportion importante d'hommes ayant un dossier criminel ne présentent pas une personnalité antisociale (Robins et Regier, 1991). Conséquemment, les « symptômes » retenus dans l'ÉLDEQ ne mettent pas uniquement l'accent sur les comportements criminels.

Mentionnons de plus que les questions choisies dans la présente étude afin de dresser le profil des parents sont inspirées de celles incluses dans l'entrevue psychiatrique structurée la plus utilisée au monde, le *NIMH - Diagnostic Interview Schedule* (Helzer et Robins, 1988), et sont basées sur les critères du DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Elles reflètent aussi les critères du DSM-IV pour diagnostiquer le « trouble des conduites » ou une personnalité antisociale (American Psychiatric Association, 1994). Il est important cependant de souligner ici que cette étude n'a pas pour objectif d'obtenir des taux de prévalence de ces troubles tel qu'ils sont définis dans le DSM-IV.

De plus, des travaux antérieurs ont révélé des différences quant à la manifestation des comportements antisociaux selon le sexe. Les comportements retenus dans la présente étude ont donc été choisis en tenant compte du fait que l'on s'adressait soit à des pères ou à des mères (Zoccolillo, 1993).

Finalement, certaines contraintes tant logistiques que financières ont dû être considérées dans la mesure des comportements antisociaux durant l'enfance/adolescence et au cours de la vie adulte. C'est ainsi que dans l'ÉLDEQ, les questions servant à identifier ce type de comportements ont été insérées dans les questionnaires autoadministrés des mères et des pères et que ces questions sont au nombre de huit pour les pères (QAAP) et de neuf pour les mères (QAAM). En raison de l'importance aussi de distinguer clairement les comportements ayant eu cours durant l'enfance/adolescence de ceux vécus à l'âge adulte, les questions posées ayant trait à la période de l'enfance/adolescence étaient précédées de « Avant la fin de vos études secondaires, avez-vous... » et celles référant à l'âge adulte débutaient par « Après avoir quitté l'école ou fini vos études... ».

Chez les mères, pour la période de l'enfance/adolescence, les cinq comportements antisociaux suivants étaient mesurés : avoir piqué ou volé plus d'une fois; avoir été impliquée plus d'une fois dans une bagarre; avoir été en rapport avec la Direction de la

protection de la jeunesse (DPJ) ou arrêtée par la police à cause d'une mauvaise conduite; avoir fait l'école buissonnière au moins deux fois en un an et, finalement, s'être sauvée de la maison et avoir passé la nuit hors du foyer. Pour la même période de référence, on a questionné les pères sur les quatre comportements suivants : avoir piqué ou volé plus d'une fois; avoir souvent été impliqué dans des bagarres qu'ils avaient commencées; avoir été en rapport avec la DPJ ou arrêté par la police à cause d'une mauvaise conduite et avoir été renvoyé ou suspendu de l'école. Quant aux questions ayant trait aux comportements antisociaux des mères s'étant manifestés durant la vie adulte, ils étaient au nombre de quatre : avoir été congédiée du travail (pour une autre raison que le manque d'emploi); avoir été arrêtée pour des infractions autres que celles au Code de la route; avoir lancé des objets à son mari/conjoint ou l'avoir frappé[1] et avoir eu des problèmes à son travail, avec la police ou avec sa famille, ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool. En regard des pères, les quatre questions concernant la même période de temps s'énonçaient comme suit : avoir été congédié de son travail plus d'une fois (pour une autre raison que le manque d'emploi); avoir été arrêté pour des infractions autres que celles au Code de la route; avoir été impliqué dans des bagarres ou avoir attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois et, en dernier lieu, avoir eu des problèmes (à son travail, avec la police ou avec sa famille) ou un accident de la route liés à la drogue ou à l'alcool.

1. Dans le prétest de l'ÉLDEQ, les mères devaient répondre à une question plus générale sur l'agressivité : « avoir été impliquée dans une bagarre ou avoir attaqué ou blessé quelqu'un ». Peu de femmes ayant répondu par l'affirmative, la question sur l'agressivité envers le conjoint a été utilisée dans l'enquête mais pour les mères seulement.

3.1 Les comportements antisociaux chez les mères

Parmi les 2 219 mères biologiques[2] vivant avec le nourrisson dans le ménage visité[3], 2 137 (96,3 %) ont rempli le questionnaire autoadministré. De celles-ci, 2 105 ont répondu aux 5 questions portant sur les symptômes du trouble des conduites lors de l'enfance/adolescence; 14 ont répondu à 4 questions; 3 ont répondu à 3 des 5 questions et 15 ont répondu à aucune des questions. La somme des symptômes du trouble des conduites a été établie à partir des données fournies par les 2 119 mères ayant répondu à au moins 4 des 5 questions. Les résultats sont présentés au tableau 3.1. On y remarque qu'à l'exception du comportement « avoir fait l'école buissonnière au moins deux fois en un an », qui est très répandu (48 %), et du comportement « avoir piqué ou volé plus d'une fois » (18 %), les autres comportements sont relativement peu fréquents, ayant été rapportés par 10 % ou moins des mères. La présence de trois symptômes ou plus (critère utilisé dans le DSM-IV pour la définition du trouble des conduites) concerne 6 % des mères, soit une proportion comparable à celle déclarée dans d'autres études épidémiologiques (Zoccolillo, 1993).

Les comportements antisociaux à l'âge adulte sont aussi présentés au tableau 3.1. La prévalence de ce type de comportements est beaucoup moins élevée que ce qui est observé pour la période précédant la fin des études secondaires : 19 % des mères ont rapporté avoir expérimenté au moins un problème de comportement à l'âge adulte alors que cette situation est le fait de plus de la moitié (55 %) des mères pour la période de l'enfance et de l'adolescence. Plus spécifiquement, la proportion de mères ayant déclaré trois ou quatre comportements antisociaux à l'âge adulte est très faible (0,3 %).

Tableau 3.1
Symptômes du trouble des conduites et de comportement antisocial chez les mères, 1998

	n	%
Symptômes du trouble des conduites (avant la fin des études secondaires)		
A piqué ou volé plus d'une fois	378	17,8
A été impliquée plus d'une fois dans une bagarre qu'elle avait commencée	70	3,3
A été en rapport avec la DPJ ou arrêtée par la police en raison d'une mauvaise conduite	85	4,0
A fait l'école buissonnière au moins deux fois en un an	1 006	47,6
S'est sauvée de la maison/a passé la nuit hors du foyer	204	9,6
Nombre de symptômes du trouble des conduites		
Aucun	955	45,1
1	759	35,8
2	276	13,0
3	93	4,4
4 ou 5	35	1,7*
Total	**2 118**	**100,0**
Symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte (après avoir fini les études)		
A été congédiée du travail	199	9,5
A été arrêtée[1]	31	1,5*
A frappé son conjoint ou lui a lancé des objets	223	10,6
A eu des problèmes (au travail, avec la police ou avec la famille) ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool	28	1,3*
Nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte		
Aucun	1 711	80,9
1	338	16,0
2	61	2,9
3 ou 4	6	0,3**
Total	**2 116**	**100,0**

1. Exclut les arrestations causées par une infraction au code de la route.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Une façon de vérifier la validité des symptômes du trouble des conduites que les mères ont dit avoir connu durant leur enfance ou leur adolescence est de voir jusqu'à quel point ceux-ci sont associés à des symptômes manifestés à l'âge adulte. Des études antérieures ont en effet démontré que : 1) les adultes

2. Les effectifs présentés ici et dans la suite du texte sont basés sur les données pondérées ramenées à la taille de l'échantillon initial.

3. Parmi les 2 223 nourrissons de l'ÉLDEQ, un très faible pourcentage (0,2 %) vivaient en famille d'accueil ou avec leur père seulement, au moment de l'enquête.

adoptant plusieurs comportements antisociaux sont davantage susceptibles d'avoir expérimenté des problèmes de conduite durant leur enfance ou leur adolescence; 2) les enfants connaissant des écarts de conduite sont plus enclins à manifester des symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte, mais ce n'est pas le cas pour plusieurs d'entre eux (Robins, 1966; Robins, 1978; Robins et Price, 1991; Zoccolillo et autres, 1992). La relation entre le nombre de problèmes de conduite durant l'enfance et l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les mères des nourrissons québécois est présentée au tableau 3.2. La relation est significative et suit le modèle décrit ci-haut. Ainsi, 85 % des mères ayant rapporté entre 2 et 4 symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte ont expérimenté au moins un problème de conduite avant la fin des études secondaires contre la moitié seulement de celles qui en ont rapporté aucun. Par ailleurs, 41 % des mères ayant déclaré entre 3 et 5 symptômes du trouble des conduites ont rapporté au moins un comportement antisocial à l'âge adulte alors que cette situation concerne seulement 11 % des mères qui n'en ont pas signalé.

Tableau 3.2
Association entre le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les mères, 1998[1]

	Symptômes du trouble des conduites[2]				Total	
	0	1	2	3 à 5	n	%
	%					
Symptômes de comportement antisocial[3]						
0	49,5	34,7	11,4	4,3	1 705	100,0
	88,7	78,4	70,3	58,6	–	80,8
1	28,8	43,0	19,0	9,2*	337	100,0
	10,2	19,2	23,2	24,2*	–	16,0
2 à 4	14,7**	26,5**	26,5**	32,4*	68	100,0
	1,1**	2,4**	6,5**	17,2*	–	3,2
Total						
n	**951**	**755**	**276**	**128**	**2 110**	**–**
%	**45,1**	**35,8**	**13,1**	**6,1**	**–**	**100,0**

1. $p < 0,001$.
2. Les pourcentages s'additionnent verticalement (deuxième rangée de chaque catégorie).
3. Les pourcentages s'additionnent horizontalement (première rangée de chaque catégorie).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

3.2 Les comportements antisociaux chez les pères

Des 2 015 pères biologiques vivant en famille biparentale[4], 1 842 (91,4 %) ont retourné le questionnaire autoadministré (QAAP). De ceux-là, 1 826 ont répondu aux 4 questions portant sur des symptômes du trouble des conduites au cours de l'enfance/adolescence, 9 autres ont répondu à 3 questions et 7 ont répondu à 2 questions ou moins. La somme des symptômes du trouble des conduites manifestés avant la fin des études secondaires est basée sur les données recueillies auprès de 1 835 pères ayant répondu à au moins 3 des 4 questions. Les résultats sont présentés au tableau 3.3. La majorité des pères des nourrissons ne déclarent aucun symptôme de conduites antisociales (58 %). Par ailleurs, les prévalences de trois ou quatre symptômes du trouble des conduites, respectivement 4,1 % et 1,5 %, sont comparables, même si légèrement inférieures, à celles obtenues dans des études épidémiologiques antérieures (Zoccolillo, 1993).

Parmi les pères de famille biparentale ayant retourné le QAAP, 1 824 ont répondu à la totalité des 4 questions se rapportant à autant de symptômes de personnalité antisociale à l'âge adulte, 10 ont répondu à 3 des 4 questions et 8 ont répondu à seulement une ou à aucune des questions. La somme du nombre de symptômes s'étant manifestés à l'âge adulte est basée sur les renseignements fournis par 1 834 pères biologiques ayant répondu à au moins 3 questions. Ces résultats sont aussi présentés au tableau 3.3. En résumé, la proportion de pères ayant rapporté plusieurs symptômes est faible : seulement 1,9 % des pères ont déclaré avoir manifesté trois ou quatre des comportements mesurés.

Tableau 3.3
Symptômes du trouble des conduites et de comportement antisocial chez les pères de famille biparentale, 1998

	n	%
Symptômes du trouble des conduites (avant la fin des études secondaires)		
A piqué ou volé plus d'une fois	496	27,1
A souvent été impliqué dans des bagarres qu'il avait commencées	184	10,0
A été en rapport avec la DPJ ou arrêté par la police en raison d'une mauvaise conduite	159	8,7
A déjà été renvoyé ou suspendu de l'école	368	20,0
Nombre de symptômes du trouble des conduites		
Aucun	1 067	58,2
1	457	24,9
2	208	11,3
3	75	4,1
4	28	1,5*
Total	**1 835**	**100,0**
Symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte (après avoir fini les études)		
A été congédié du travail plus d'une fois	105	5,7
A été arrêté[1]	190	10,4
A été impliqué dans des bagarres ou a attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois	132	7,2
A eu des problèmes (au travail, avec la police ou avec la famille) ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool	106	5,8
Nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte		
Aucun	1 463	79,7
1	251	13,7
2	84	4,6
3	30	1,6*
4	6	0,3**
Total	**1 834**	**100,0**

1. Exclut les arrestations causées par une infraction au code de la route.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002.*

Quant au tableau 3.4, il présente la relation entre les symptômes du trouble des conduites (enfance/adolescence) et les symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les pères vivant en famille biparentale. Ces résultats suivent le même modèle que celui observé précédemment pour l'ensemble des mères.

4. Les pères biologiques absents du ménage (9 %), mais ayant un contact au moins une fois par mois avec l'enfant, étaient aussi admissibles au QAAP. Étant donné le faible pourcentage de questionnaires retournés (moins de 50 %), les données nont pu être pondérées et ne sont pas présentées ici.

Tableau 3.4

Association entre le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence et le nombre de symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte chez les pères de famille biparentale, 1998[1]

	Symptômes du trouble des conduites[2]				Total	
	0	1	2	3 ou 4	n	%
	%					
Symptômes de comportement antisocial[3]						
0	64,5	22,7	9,6	3,1	**1461**	**100,0**
	88,5	73,0	67,3	45,1	–	**79,8**
1	38,6	33,9	15,9*	11,6**	**251**	**100,0**
	9,1	18,7	19,2*	28,4**	–	**13,7**
2	25,0*	31,0*	22,6*	21,4*	**84**	**100,0**
	1,9*	5,7*	9,1*	17,6*	–	**4,6**
3 ou 4	14,3**	34,3**	25,7**	25,7**	**35**	**100,0***
	0,5**	2,6**	4,3**	8,8**	–	**1,9***
Total						
n	**1 066**	**455**	**208**	**102**	**1 831**	–
%	**58,2**	**24,8**	**11,4**	**5,6**	–	**100,0**

1. $p < 0,001$.
2. Les pourcentages s'additionnent verticalement (deuxième rangée de chaque catégorie).
3. Les pourcentages s'additionnent horizontalement (première rangée de chaque catégorie).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002.*

3.3 Comportements antisociaux des parents et certains facteurs de risque pour le développement de l'enfant

Une question clé est de déterminer quelle combinaison des neuf comportements évalués chez les mères ou des huit comportements mesurés chez les pères peut être retenue afin de considérer un parent comme affichant une personnalité antisociale. Dans l'analyse qui suit, le nombre de symptômes du « trouble des conduites » (concernant la période de l'enfance/adolescence) plutôt que les symptômes manifestés à l'âge adulte a été utilisé comme mesure de la personnalité antisociale du parent, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, tous les individus ont traversé la période considérée « à risque » en ce qui a trait aux problèmes de conduite susceptibles de survenir lors de l'enfance ou de l'adolescence mais plusieurs d'entre eux sont de jeunes adultes et sont, par conséquent, toujours « à risque » d'afficher des comportements antisociaux à l'âge adulte. Deuxièmement, les études ont démontré que la plupart des adultes présentant un comportement clairement antisocial ont expérimenté des problèmes de conduite durant leur enfance ou leur adolescence. Par contre, les individus qui ont traversé l'enfance et l'adolescence sans manifester de symptômes du trouble des conduites sont très peu susceptibles de présenter des comportements antisociaux répétitifs et persistants à l'âge adulte (Robins, 1966; Robins, 1978; Zoccolillo, 1993). Troisièmement, la probabilité de voir apparaître des symptômes à l'âge adulte peut être influencée par des phénomènes tels que la grossesse et l'accession au rôle de parent. Par exemple, certaines mères, particulièrement les plus jeunes, peuvent ne pas avoir encore acquis d'expérience sur le marché du travail et ne courent donc pas le risque d'être congédiées de leur emploi. Soulignons par ailleurs que la proportion de parents montrant plusieurs symptômes de comportement antisocial à l'âge adulte est nettement inférieure à celle des parents affichant plusieurs symptômes du trouble des conduites. Finalement, en matière de planification et d'intervention il est beaucoup plus facile de cibler les individus manifestant ou ayant manifesté, dans le passé, des symptômes du trouble des conduites que de sélectionner des individus sur la base de symptômes apparaissant à l'âge adulte et pouvant survenir après la naissance d'un premier enfant.

3.3.1 Les symptômes maternels et paternels du trouble des conduites et certains facteurs de risque pour le développement de l'enfant

- Les mères

La relation entre le nombre de symptômes maternels du trouble des conduites et différents facteurs de risque pour le développement de l'enfant est présentée au tableau 3.5. Plusieurs conclusions peuvent être tirées de ces données. Premièrement, l'environnement familial des enfants dont la mère présente entre trois et cinq symptômes du trouble des conduites (approximativement 6 % des nourrissons) est nettement plus défavorable que celui des enfants provenant de familles où la mère n'a rapporté aucun symptôme de conduites antisociales. Ces enfants sont plus susceptibles d'être nés d'une jeune mère

(âgée de moins de 25 ans) (38 % c. 16 %), d'avoir été exposés à la fumée de cigarette *in utero* (50 % c. 15 %) ou durant leurs premiers mois de vie (41 % c. 15 %), d'avoir été exposés à des drogues illégales durant la grossesse de leur mère (6 % c. 0,2 %), de ne pas vivre avec leur père biologique (19 % c. 7 %) ou encore d'être nés d'une mère qui n'a pas terminé ses études secondaires (32 % c. 14 %). Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à vivre dans un ménage se situant sous le seuil de faible revenu (42 % c. 25 %) ou à être nés d'une mère ayant rapporté avoir consommé une quantité excessive d'alcool à une même occasion (32 % c. 9 %) ou des drogues illégales (13 % c. 1,2 %) au cours de l'année précédant l'enquête. Comme on peut le voir au tableau 3.5, la prévalence de certains comportements tels que le tabagisme (durant la grossesse ou au moment de l'enquête) est par ailleurs plus élevée chez les mères présentant un seul symptôme du trouble des conduites que chez celles n'affichant aucun symptôme (29 % c. 15 %).

Tableau 3.5

Prévalence de certains facteurs de risque (%) chez les mères selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998

	Nombre de symptômes du trouble des conduites				χ^2
	0	1	2	3 à 5	
	%				
Caractéristiques sociodémographiques					
Âgée de moins de 20 ans	1,6**	3,5*	2,9**	11,6**	p < 0,01
Âgée de moins de 25 ans	16,2	25,8	32,0	37,7	p < 0,001
Premier enfant avant l'âge de 20 ans	7,3	12,9	13,4*	24,7*	p < 0,001
Sans diplôme d'études secondaires	13,5	18,5	18,8	32,2	p < 0,001
N'habite pas avec le père biologique	7,1	8,6	10,2*	19,3*	p < 0,05
Vit dans un ménage à faible revenu[1]	24,5	24,0	28,4	41,7	p < 0,01
Tabagisme et consommation de substances psychoactives					
Usage quotidien du tabac au moment de l'enquête	14,7	29,1	37,1	40,5	p < 0,001
Consommation de drogues illégales au cours des 12 mois précédant l'enquête[2]	1,2**	3,7	4,2**	13,0*	p < 0,001
Consommation excessive d'alcool (5 consommations ou plus à une même occasion) au cours des 12 mois précédant l'enquête	9,2	16,2	23,5	31,8	p < 0,001
Habitudes de vie durant la grossesse					
Tabagisme	15,0	29,4	38,8	50,2	p < 0,001
Consommation de drogues illégales	0,2**	2,1**	2,0**	5,9**	p < 0,001

1. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).
2. Comprend l'une ou l'autre des drogues suivantes : inhalants, marijuana, cocaïne, amphétamines, héroïne, opiacés, hallucinogènes, tranquillisants sans prescription tels que barbituriques, Ativan ou Valium ainsi que extasy.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Quelques différences intéressantes et significatives ressortent par ailleurs en regard de l'Échelle des cognitions et des conduites parentales à l'égard du nourrisson (ÉCOPAN) lorsqu'on examine les items de l'échelle de coercition en fonction du nombre de symptômes de problèmes de conduite rapportés par les mères[5]. Pour chaque énoncé, la mère répondait à l'aide d'une échelle de type Likert en 11 points (« 0 = pas du tout » à « 10 = exactement ») mais l'examen des réponses des mères à chaque item indique que la majorité d'entre elles ont répondu « Pas du tout ce que j'ai fait » pour décrire le type de comportement qu'elles adoptent. On observe toutefois que pour la plupart des items de cette échelle, la proportion de mères ayant retenu ce choix de réponse diminue à mesure que le nombre de symptômes du trouble des conduites augmente (tableau 3.6). Par exemple, à la question « Il m'est arrivé de laisser mon bébé seul dans sa chambre lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile », 63 % des mères montrant aucun symptôme de conduite antisociale ont répondu « Pas du tout ce que j'ai fait » alors que cette réponse a été choisie par seulement 42 % des mères ayant rapporté entre 3 et 5 écarts de conduite. En ce qui concerne la question « ... se fâcher... », on note une tendance similaire mais les différences ne sont pas significatives sur le plan statistique. Par ailleurs, les deux autres items où aucune différence significative n'est relevée (taper le bébé; secouer le bébé) présentent des taux d'endossement très faibles.

Au sujet d'items de l'ÉCOPAN référant à l'affection maternelle tels que « J'ai énormément de plaisir à jaser (faire des petits bruits, gazouiller) avec mon bébé », « Je ressens très souvent le besoin d'embrasser mon bébé », « J'ai habituellement beaucoup de plaisir quand je tiens mon bébé dans les bras » et « Je ressens une joie intense et je suis attendrie quand mon bébé me sourit », aucune différence significative n'a été observée en fonction du nombre de symptômes de problèmes de conduite rapportés par les mères (données non présentées). Aucun lien émerge non plus entre les symptômes maternels du trouble des conduites et la perception qu'a la mère du tempérament de son enfant (échelle de tempérament difficile) (données non présentées).

Tableau 3.6

Pourcentage des mères ayant répondu « Pas du tout ce que j'ai fait » aux items de l'échelle de coercition (ÉCOPAN)[1] selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998

	Nombre de symptômes du trouble des conduites				χ^2
	0	1	2	3 à 5	
	%				
Il m'est déjà arrivé de me fâcher après mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	47,0	39,3	39,7	33,2	$p < 0,01$
Quand mon bébé pleure, il me tape sur les nerfs.	53,0	47,6	47,2	40,2	$p < 0,05$
Il m'est arrivé de parler fort ou de crier après mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	63,1	58,6	56,8	47,2	$p < 0,01$
Il m'est arrivé de taper mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	95,8	97,3	98,0	96,7	non sig.
Il m'est déjà arrivé de perdre le contrôle avec mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	77,3	75,2	71,6	67,0	non sig.
Il m'est arrivé de laisser mon bébé seul dans sa chambre lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile.	62,6	54,5	54,0	41,6	$p < 0,001$
Il m'est déjà arrivé de secouer mon bébé lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile	92,1	94,6	92,7	95,4	non sig.

1. Échelle des cognitions et des conduites parentales à l'égard du nourrisson.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

• Les pères

Le nombre de symptômes paternels du trouble des conduites figure au tableau 3.7 en fonction de différents facteurs de risque présents dans l'environnement familial. On y présente également l'association entre les problèmes de conduite durant l'enfance et l'adolescence et les symptômes de comportement antisocial manifestés par les pères à l'âge adulte.

5. Pour plus de détails sur cette échelle incluse dans le questionnaire autoadministré de la mère (QAAM), voir le numéro 10 de la présente collection.

Les résultats sont, dans l'ensemble, similaires à ceux observés chez les mères. Comparativement aux pères n'ayant rapporté aucun problème de comportement, les pères de famille biparentale présentant au moins trois symptômes du trouble des conduites sont plus susceptibles d'être jeunes, moins scolarisés, sans emploi, de faire usage du tabac au moment de l'enquête et d'avoir consommé une quantité excessive d'alcool ou de drogues illégales au cours de l'année précédant l'enquête. Par ailleurs, seulement 3 % des premiers contre 35 % des seconds ont été impliqués dans des bagarres ou encore ont attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois au cours de leur vie adulte. Les écarts observés sont du même ordre en ce qui concerne les arrestations autres que celles causées par une infraction au Code de la route (5 % c. 32 %).

Tableau 3.7

Prévalence de certains facteurs de risque (%) chez les pères de famille biparentale selon le nombre de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence, 1998

	Nombre de symptômes du trouble des conduites				χ^2
	0	1	2	3 ou 4	
	%				
Caractéristiques sociodémographiques					
Âgé de moins de 25 ans	6,9	6,6*	15,0*	17,1*	$p < 0,01$
Sans diplôme d'études secondaires	13,2	17,6	24,6	25,6*	$p < 0,001$
Sans emploi au moment de l'enquête	11,6	11,4	18,0*	20,3*	$p < 0,05$
Vit dans un ménage à faible revenu[1]	19,6	20,4	25,2	30,7	non sig.
Tabagisme et consommation de substances psychoactives					
Usage quotidien du tabac au moment de l'enquête	21,5	33,8	42,8	55,3	$p < 0,001$
Consommation de drogues illégales au cours des 12 mois précédant l'enquête[2]	4,6*	7,6*	11,0*	20,6*	$p < 0,001$
Consommation excessive d'alcool (5 consommations ou plus à une même occasion) au cours des 12 mois précédant l'enquête	44,3	56,2	57,1	68,4	$p < 0,001$
Comportements antisociaux à l'âge adulte					
A été congédié du travail plus d'une fois	3,3*	8,6*	8,3*	13,4*	$p < 0,001$
A été arrêté[3]	5,3	12,6	21,1	31,6	$p < 0,001$
A été impliqué dans des bagarres ou a attaqué ou blessé quelqu'un plus d'une fois	2,8*	9,1*	12,6*	34,5	$p < 0,001$
A eu des problèmes (au travail, avec la police ou avec la famille) ou un accident de la route causés par la drogue ou l'alcool	3,0*	8,0*	11,0*	13,8**	$p < 0,001$
Deux symptômes ou plus du trouble des conduites chez la conjointe	12,9	20,0	30,8	30,7*	$p < 0,001$

1. D'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997 (base de 1992) (voir le numéro 2 de la présente collection).
2. Comprend l'une ou l'autre des drogues suivantes : inhalants, marijuana, cocaïne, amphétamines, héroïne, opiacés, hallucinogènes, tranquillisants sans prescription tels que barbituriques, Ativan ou Vallum ainsi que extasy.
3. Exclut les arrestations causées par une infraction au code de la route.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les pères ont aussi rempli l'Échelle des cognitions et des conduites parentales à l'égard du nourrisson (ÉCOPAN) et l'échelle du tempérament de l'enfant. Aucune relation claire ne ressort entre les résultats obtenus aux items de l'échelle de coercition et le nombre de symptômes du trouble des conduites observés chez les pères. La perception qu'ont les pères du tempérament de leur enfant ne diffère pas non plus selon le nombre de symptômes paternels du trouble des conduites (données non présentées).

3.4 Le choix du conjoint

Quelques études révèlent que les parents affichant des comportements antisociaux sont plus susceptibles de choisir un partenaire présentant également ce trait de personnalité (Krueger et autres, 1998). Il demeure toutefois difficile de vérifier cette relation dans l'ÉLDEQ étant donné que plus le nombre de symptômes du trouble des conduites rapportés par la mère est élevé, plus grandes sont les chances que le père biologique soit absent du ménage et n'ait pas retourné le QAAP. Cependant, les mères ne vivant pas avec le père biologique ont été invitées à remplir un questionnaire portant sur les antécédents de ce dernier, identique à celui rempli par les pères de famille biparentale. Malheureusement, le taux de non-réponse globale ou partielle obtenu pour cette composante de l'enquête s'avère élevé (voir le numéro 1 de la présente collection) et, pour cette raison, ces données ne seront pas examinées ici. Il est toutefois possible de vérifier, à partir des données recueillies auprès des parents de famille biparentale, s'il existe une relation entre le nombre de symptômes du trouble des conduites déclarés par les pères et le nombre de symptômes manifestés par les mères. L'examen des données du tableau 3.7 montre que, comparativement aux pères n'ayant pas déclaré de problèmes de conduite, les pères ayant déjà manifesté deux symptômes ou plus du trouble des conduites sont plus enclins à vivre avec une conjointe présentant également ce profil.

4. Conclusion

Les données de l'ÉLDEQ révèlent que les enfants québécois âgés d'environ 5 mois, dont les parents ont manifesté plusieurs symptômes du trouble des conduites durant leur enfance ou leur adolescence, sont beaucoup plus susceptibles que les autres de connaître des conditions de vie pouvant compromettre leur développement futur. Ces résultats de même que la démarche que nous avons adoptée dans la présente étude comportent plusieurs implications.

Premièrement, en évaluant concurremment les symptômes maternels et paternels du trouble des conduites et d'autres facteurs de risque pour le développement de l'enfant, il sera possible de mieux cerner la contribution de facteurs d'ordre génétique dans l'étiologie des problèmes de comportement chez les enfants de parents présentant une personnalité antisociale. En effet, la présente étude permet d'examiner l'association entre les symptômes du trouble des conduites et plusieurs facteurs pouvant être associés au développement de problèmes de conduite chez l'enfant tels que l'usage du tabac par le parent, les pratiques parentales coercitives ou la pauvreté. Soulignons par ailleurs qu'un des avantages des questionnaires utilisés dans la présente étude est qu'ils sont simples et faciles à administrer et peuvent donc être repris, à peu de frais, dans d'autres études longitudinales.

On l'a vu, la manifestation de troubles de la conduite chez les parents s'inscrit dans un ensemble de comportements souvent considérés à risque. Plusieurs comportements non antisociaux sont ainsi plus souvent présents chez les individus manifestant des troubles de la conduite. Dans cette optique, la relation complexe observée dans des études antérieures entre le tabagisme de la mère durant la grossesse d'une part, et les troubles de la conduite et les problèmes d'apprentissage ou les dysfonctions neuropsychologiques chez l'enfant d'autre part (Fried, 1995; Olds, 1997) pourrait être en partie attribuable au fait que les mères qui sont fumeuses sont aussi plus susceptibles de présenter des problèmes de comportement. Ceci suggère que les programmes d'intervention, pour être réellement efficaces, gagneraient à être axés simultanément sur de multiples facteurs de risque. Par exemple, bien que la présente étude ait révélé un lien entre les symptômes maternels du trouble des conduites et les pratiques parentales coercitives, un programme d'intervention mettant l'accent uniquement sur les pratiques maternelles a peu de chances de prévenir ou de contrecarrer d'autres comportements pouvant compromettre le développement de l'enfant (ex. : tabagisme, caractéristiques du conjoint).

Les données du volet 1998 de l'ÉLDEQ révèlent également que chez la mère, un nombre plus élevé de symptômes du trouble des conduites manifestés durant l'enfance ou l'adolescence s'avère associé à un recours plus fréquent à des pratiques coercitives. À l'inverse, les antécédents antisociaux de la mère ne seraient pas associés au niveau d'affection qu'elle déclare ressentir à l'égard de son enfant ou à la perception qu'elle a du tempérament de celui-ci. Ce résultat suggère, qu'à tout le moins dans certaines familles, l'irritabilité maternelle ou l'intolérance de la mère face aux comportements normaux de son enfant, bien davantage que le tempérament difficile de celui-ci, pourraient être à l'origine de pratiques coercitives. Cela laisse croire également que les compétences maternelles ne devraient pas être évaluées (uniquement) en fonction de la dimension affective de la relation mère/enfant mais peut-être sur la base de critères tels que l'intolérance manifestée face à certains comportements « normaux » de l'enfant (ex. : pleurs).

Finalement, les données de l'ÉLDEQ indiquent que 6 % des enfants âgés d'environ 5 mois ont une mère présentant au moins trois symptômes du trouble des conduites. Une proportion équivalente des nourrissons vivant avec leurs deux parents ont un père correspondant à ce profil. Par ailleurs, parmi les nourrissons québécois appartenant à une famille biparentale, près de trois sur dix (29 %) ont au moins un parent ayant expérimenté deux symptômes ou plus du trouble des conduites durant son enfance ou son adolescence (données non présentées). Ce phénomène touche donc une proportion substantielle des familles québécoises visées par la présente étude. Or, jusqu'à maintenant, aucune intervention et aucun programme de prévention a cherché à atteindre spécifiquement cette population de parents, même si leurs enfants présentent clairement un risque plus élevé de voir leur développement compromis. En ce sens, l'ÉLDEQ fournit des données inédites pouvant être utiles à la mise sur pied de programmes de prévention et d'interventions visant le mieux-être des enfants.

Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3e édition*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e édition*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

BEAUDET, M. P. (1996). « Dépression », *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, nº 82-003-XPB au catalogue, vol. 7, nº 4, p. 11-25.

BERGERON, L., J. P. VALLA, J. J. BRETON et coll. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.

BOCK, G.R., J.A. GOODE (eds.) (1996). *Genetics of criminal and antisocial behavior*, CIBA Foundation Symposium 1994, Toronto, John Wiley & Sons.

BORISH, L. (1999). « Genetics of allergy and asthma », *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology*, vol. 82, nº 5, p. 413-424.

BUSSE, W. W. (1999). « Determinants of risk factors for asthma », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 6, nº 1, p. 97-101.

CADMAN, D., P. ROSENBAUM, M. BOYLE et D. R. OFFORD (1991). « Children with chronic illness: family and parent demographic characteristics and psychosocial adjustment », *Pediatrics*, vol. 87, nº 6, p. 884-889.

CADORET, R J., W. R. YATES, E. TROUGHTON, G. WOODWORTH et M. A. STEWART (1995). « Genetic-environmental-interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders », *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, p. 916-924.

CASSIDY, B., M. ZOCCOLILLO et S. HUGHES (1996). « Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: a pilot study », *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 41, p. 379-384.

CICCHETTI, D., F. A. ROGOSCH , S. L. TOTH et M. SPAGNOLA (1997). « Affect, cognition, and the emergence of self-knowledge in the toddler offspring of depressed mothers », *Journal of Experimental Child Psychology*, vol. 67, nº 3, p. 338-362.

COIE, J.D., N.F. WATT, S,G. WEST, J.D. HAWKINS, J.R. ASARNOW, H.J. MARKMAN, S.L. RAMEY, M.B. SHURE et B. LONG (1993). « The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program », *American Psychologist*, vol. 48, p. 1013-1022.

COLEY, R. L., et P. L. CHASE-LANSDALE (1998). « Adolescent pregnancy and parenthood. Recent evidence and future directions », *American Psychologist*, vol. 53, p. 152-166.

CONROD, P. J., S. H. STEWART et R. O. PIHL (1997). « Validation of a measure of excessive drinking: Frequency per year that BAL exceeds 0.08% », *Substance Use and Misuse*, vol. 32, p. 587-607.

DUNCAN, G., et J. BROOKS-GUNN (1997). *Consequences of growing up poor*, New York, Russell Sage.

FERGUSSON, D. M., L. J. HORWOOD et M. K. LYNSKEY (1993). « Maternal smoking before and after pregnancy: Effects on behavioral outcomes in middle childhood », *Pediatrics*, vol. 92, nº 6, p. 815-822.

FRIED, P. A. (1995). « Prenatal exposure to marihuana and tobacco during infancy, early and middle childhood: effects and an attempt at synthesis », *Archives of Toxicology Supplement*, vol. 17, p. 233-260.

GREER, J. R., D. E. ABBEY et R. J. BURCHETTE (1993). « Asthma related to occupational and ambient air pollutants in nonsmokers », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 35, nº 9, p. 909-915.

GUYON, L., L. NADEAU, A. DEMERS et N. KISHCHUK (1995). « Grande consommation d'alcool et problèmes connexes », dans Santé Québec, *Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2.

HARMER, A. L., J. SANDERSON et P. MERTIN (1999). « Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction », *Child Abuse and Neglect*, vol. 23, nº 5, p. 421-433.

HARRIS, J.R. (1995). « Where is the child's environment? A group socialization theory of development », *Psychological Review*, vol. 102, nº 3, p. 458-489.

HARRIS, J.R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do*, New York, The Free Press.

HELZER, J. E., et L. N. ROBINS (1988). « The diagnostic interview schedule: its development, evolution, and use », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 23, p. 6-16.

ILICALI, O. C., N. KELES, K. DEGER et I. SAVAS (1999). « Relationship of passive cigarette smoking to otitis media », *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, vol. 125, n° 7, p. 758-762.

JENSEN, P. S., L. BLOEDAU, J. DEGROOT, T. USSERY et H. DAVIS (1990). « Children at risk: I. Risk factors and child symptomatology », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 29, n° 1, p. 51-59.

KAPLAN, P. S., J. A. BACHOROWSK et P. ZARLENGO-STROUSE (1999). « Child-directed speech produced by mothers with symptoms of depression fails to promote associative learning in 4-month-old infants », *Child Development*, vol. 70, n° 3, p. 560-570.

KOCHANSKA, G., L. A. CLARK et M. S. GOLDMAN (1997). « Implications of mothers' personality for their parenting and their young children's developmental outcomes », *Journal of Personality*, vol. 65, n° 2, p. 387-420.

KOTCH, J. B., D. C. BROWNE, V. DUFORT et J. WINSOR (1999). « Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period », *Child Abuse and Neglect*, vol. 23, n° 4, p. 305-319.

KRUEGER, R., T. MOFFITT, A. CASPI, A. BLESKE et P. SILVA (1998). « Assortative mating for antisocial behavior: Developmental and methodological implications », *Behavior Genetics*, vol. 28, p. 173-186.

KUPERMAN, S., S. S. SCHLOSSER, J. LIDRAL et W. REICH (1999). « Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, n° 6, p. 686-692.

LANDY, S., et K. K. Tam (1996). « Les pratiques parentales influencent bel et bien le développement des enfants du Canada », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, n° 89-550-MPF au catalogue (Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes [Canada]), 1205-6855, n° 1, p. 117-134.

LANGBEHN, D. R., R. J. CADORET, W. R. YATES, E. P. TROUGHTON et M. A. STEWART (1998). « Distinct contributions of conduct and oppositional defiant symptoms to adult antisocial behavior: evidence from an adoption study », *Archives of General Psychiatry*, vol. 55, p. 821-829.

LIPMAN, E. L., D. R. OFFORD et M. D. DOOLEY (1996). « Que savons-nous des enfants de familles dirigées par une mère seule ? Questions et réponses tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, n° 89-550-MPF au catalogue (Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes [Canada]), 1205-6855, n° 1, p. 95-104.

LISTER, S. M., et L. R. JORM (1998). « Parental smoking and respiratory illnesses in Australian children aged 0-4 years: ABS 1989-90 National Health Survey results », *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, vol. 22, n° 7, p. 781-786.

MARCHAND, J. F., et E. HOCK (1998). « The relations of problem behaviors in preschool children to depressive symptoms in mothers and fathers », *Journal of Genetic Psychology*, vol. 159, n° 3, p. 353-366.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail sur les jeunes, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). « L'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes », dans *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec.

MRAZEK, P.J., et R.J. HAGGERTY (eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.

MURRAY, L., et P. J. COOPER (1997). « The role of infant and maternal factors in postpartum depression: Mother-infant interactions and infant outcomes », dans MURRAY, L., et P. J. COOPER (eds.), *Postpartum depression and child development*, New York, Guilford Press, p. 111-135.

OFFORD, D. R., et E. L. LIPMAN (1996). « Problèmes affectifs et comportementaux », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, n° 89-550-MPF au catalogue (Enquête nationale lor.gitudinale sur les enfants et les jeunes [Canada]), 1205-6855, n° 1, p. 135-144.

OFFORD, D. R., M. H. BOYLE et Y. RACINE (1989). « Ontario Child Health Study: Correlates of disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 28, n° 6, p. 856-860.

OFFORD, D. R. (1990). « Social factors in the aetiology of childhood psychiatric disorders », dans TONGUE, B. J., G. D. BURROWS et J. S. WERRY (eds.), *Handbook of studies on child psychiatry*, New York, Elsevier Science Publishers B.V.

OLDS, D., C.R. HENDERSON, R. COLE, J. ECKENRODE, H. KITZMAN, D. LUCKEY, L. PETTITT, K. SIDORA, P. MORRIS et J. POWERS (1998). « Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 280, n° 14, p. 1238-1244.

OLDS, D. (1997). « Tobacco exposure and impaired development: a review of the evidence », *Mental Retardation and Developmental Disabilities Review*, vol. 3, p. 257-269.

PAGANI, L., B. BOULERICE et R. E. TREMBLAY (1997). « The influence of poverty on children's classroom placement and behavior problems », dans BROOKS-GUNN, J., et G. DUNCAN (eds.), *Consequences of growing up poor*, New York, Russel Sage Publishers, p. 311-339.

PIHL, R. O., P. McDUFF, W. STRICKLER, J.-M. ASSAAD, E. DUBREUIL et R. E. TREMBLAY (1998). « Alcohol and parenting: The effects of maternal heavy drinking », communication dans le cadre de la conférence *Investir dans nos enfants : une conférence nationale sur la recherche* organisée par Développement des ressources humaines Canada (Direction de la recherche appliquée), Ottawa, W-98-27E, 27-29 octobre.

ROBINS, L. N., et D. A. REGIER (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*, New York, NY, The Free Press.

ROBINS, L. N., et R. K. PRICE (1991). « Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project », *Psychiatry*, vol. 54, p. 116-132.

ROBINS, L. N. (1978). « Study childhood predictors of adult antisocial behaviour: replications from longitudinal studies », *Psychological Medecine*, vol. 8, p. 611-622.

ROBINS, L. N. (1966). *Deviant Children Grown Up*, Baltimore, Williams and Wilkins.

ROSENBAUM, D.P., et G.S. HANSON (1998). « Assessing the effects of school-based drug education: A six-year multilevel analysis of Project D.A.R.E. », *Journal of Research in Crime & Delinquency*, vol. 35, n° 4, p. 381-412.

ROWE, D.C. (1994). *The limits of family influence. Genes, experience, and behavior*, New York, Guilford Press.

RUTTER, M., H. GILLER et A. HAGELL (1998). *Antisocial behavior by young people*, New York, Cambridge University Press.

RUTTER, M., P. BOLTON, R . HARRINGTON, C. A. Le, H. MACDONALD et E. SIMONOFF (1990). « Genetic factors in child psychiatric disorders - I. A review of research strategies », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 31, p. 3-37.

SACCO, R. L., M. ELKIND, B. BODEN-ALBALA, I. F. LIN, D. E. KARGMAN, W. A. HAUSER, S. SHEA et M. C. PAIK (1999). « The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke », *Journal of the American Medical Association*, vol. 281, n° 1, p. 53-60.

SANTÉ CANADA (1994). *Le suicide au Canada : mise à jour du Rapport du Groupe d'études sur le suicide au Canada*, Ottawa, Ministre de l'Approvisionnement et des Services Canada, n° H39-107/1995F au catalogue.

SANTÉ CANADA (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, n° H39-467/1999F au catalogue.

SERBIN, L., P. PETERS, V. McAFFER et A. SCHWARTZMAN (1991). « Childhood aggression and withdrawal as predictors of adolescent pregnancy, early parenthood, and environmental risk for the next generation », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 23, p. 318-331.

SERBIN, L. A., J. M. COOPERMAN, P. L. PETERS, P. M. LEHOUX, D. M., STACK et A. E. SCHWARTZMAN (1998). « Intergenerational transfer of psychosocial risk in women with childhood histories of aggression, withdrawal, or aggression and withdrawal », *Developmental Psychology*, vol. 34, p. 1246-1262.

SHINER, R. L., et N. R. MARMORSTEIN (1998). « Family environments of adolescents with lifetime depression: Associations with maternal depression history », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 37, n° 11, p. 1152-1160.

SILBERG, J., J. MEYER, A. PICKLES et autres (1996). « Heterogeneity among juvenile antisocial behaviours: findings from the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioural Development », *Ciba Foundation Symposium*, vol. 194, p. 76-86.

TREMBLAY, R.E., D. LEMARQUAND et F. VITARO (1999). « The prevention of ODD and CD », dans QUAY, H.C. et A.E. HOGAN, (eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 525-555.

TREMBLAY, R.E., et W. CRAIG (1995). « Developmental crime prevention », dans TONRY, M. et D.P. FARRINGTON (eds.), *Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention*, vol. 19, Chicago, The University of Chicago Press, p. 151-236.

VITARO, F., R.E. TREMBLAY, M. KERR , L. PAGANI-KURTZ et W.M. BUKOWSKI (1997). « Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development », *Child Development*, vol. 68, n° 4, p. 676-689.

WAKSCHLAG, L. S., B. B. LAHEY, R. LOEBER, S. M. GREEN, R. A. GORDON et B. L. LEVENTHAL (1997). « Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys », *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, n° 7, p. 670-676.

WEINBERG, M. K., et E. Z. TRONICK (1998). « The impact of maternal psychiatric illness on infant development », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 59, Suppl. 2, p. 53-61.

WOODWARD, L. J., et D. M. FERGUSSON (1999). « Early conduct problems and later risk of teenage pregnancy in girls », *Development and Psychopathology*, vol. 11, p. 127-141.

ZOCCOLILLO, M., et K. ROGERS (1991). « Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, p. 973-981.

ZOCCOLILLO, M., A. PICKLES, D. QUINTON et M. RUTTER (1992). « The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder », *Psychological Medicine*, vol. 22, p. 971-986.

ZOCCOLILLO, M. (1993). « Gender issues in conduct disorder », *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 65-78.

Liste des numéros inclus dans le volume 1 de la collection

Ce document fait partie d'une série de numéros composant le volume 1 d'un rapport cité comme suit : JETTÉ, M., H. DESROSIERS, R. E. TREMBLAY et J. THIBAULT (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1.

Voici la liste de tous les numéros disponibles :

JETTÉ, M., et L. DES GROSEILLIERS (2000). « Enquête : description et méthodologie » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 1.

DESROSIERS, H. (2000). « Milieux de vie : la famille, la garde et le quartier » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 2.

SÉGUIN, L., L. POTVIN, K. FROHLICH et C. DUMAS (2000). « Conditions de vie, santé et développement, section I - Santé et développement en milieu de pauvreté » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 3. (À paraître en 2001)

PAQUET, G., et L. DUBOIS (2000). « Conditions de vie, santé et développement, section II - Inégalités sociales et devenir des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 3. (À paraître en 2001)

PETIT, D., C. SIMARD, J. PAQUET et J. MONTPLAISIR (2000). « Le sommeil » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 4.

DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD et É. BEAUCHESNE (2000). « L'alimentation » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 5.

VEILLEUX, G., M. OLIVIER, J. DUROCHER, M. GÉNÉREUX et M. LÉVY (2000). « Habitudes reliées à la santé buccodentaire » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 6.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et M. BOIVIN (2000). « Le tempérament » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 7.

C. JAPEL, R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et A. GIRARD (2000). « Développement moteur, social et cognitif, section I - Développement moteur et social » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 8.

BAILLARGEON, R., C. JAPEL, P. McDUFF et A. GIRARD (2000). « Développement moteur, social et cognitif, section II - Développement cognitif » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 8.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section I - Habitudes de vie et état de santé » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 9.

ZOCCOLILLO, M. (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section II - Adaptation sociale » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 9.

BOIVIN, M., D. PÉRUSSE, V. SAYSSET, N. TREMBLAY et R. E. TREMBLAY (2000). « Conduites parentales et relations familiales, section I - Les cognitions et les conduites parentales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000). « Conduites parentales et relations familiales, section II - Le milieu familial » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10.

MARCIL-GRATTON, N., et H. JUBY (2000). « Vie conjugale des parents, section I - Le passé conjugal des parents : un déterminant de l'avenir familial des enfants? » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 11.

DESROSIERS, H., M. BOIVIN et V. SAYSSET (2000). « Vie conjugale des parents, section II - Le soutien du conjoint : qu'en pensent les mères? » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 11.

THIBAULT, J., M. JETTÉ, H. DESROSIERS et R.E. TREMBLAY (2000). « Aspects conceptuels et opérationnels, section I - Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 12. (À paraître en décembre).

DESROSIERS, H., M. BOIVIN et L. DES GROSEILLIERS (2000). « Aspects conceptuels et opérationnels, section II - Les données, les variables dérivées et les échelles » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 12. (À paraître en décembre)

NDLR : il n'est pas exclu que d'autres numéros soient publiés dans le cadre du volume 1 de la présente collection, soit en décembre 2000 ou encore en 2001.